

Letura & Civilização

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Manuel Desviat

2ª edição



A reforma psiquiátrica

Manuel Desviat

Vera Ribeiro (trad.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DESVIAT, M. *A reforma psiquiátrica* [online]. Translated by Vera Ribeiro. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015, 193 p. ISBN: 978-85-7541-543-6. <https://doi.org/10.7476/9788575415436>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

Conselho Editorial

Claudia Nunes Duarte dos Santos

Jane Russo

Ligia Maria Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Marília Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Pedro Paulo Chieffi

Ricardo Lourenço de Oliveira

Ricardo Ventura Santos

Soraya Vargas Côrtes

Coleção Loucura & Civilização

Editor Responsável: *Paulo Amarante*

Loucura & Civilização

A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Manuel Desviat

Tradução

Vera Ribeiro

Revisão Técnica

Paulo Amarante

2ª edição



Copyright © 2015 do autor

Originalmente publicado em espanhol sob o título *La Reforma Psiquiátrica*, 1994

Direitos para a língua portuguesa reservados com exclusividade para o Brasil à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

1ª edição: 1999

1ª reimpressão: 2002

2ª reimpressão: 2008

2ª edição: 2015

Revisão

Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Myllena Paiva

Capa e projeto gráfico

Guilherme Ashton

Editoração eletrônica

Daniel Pose Vazquez

Produção gráfico-editorial

Phelipe Gasiglia

Colaboraram na 1ª edição:

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica: *Guilherme Ashton*

Revisão e preparação de originais: *Marcionílio Cavalcanti de Paiva*

Supervisão editorial: *Walter Duarte*

Catologação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz

Biblioteca de Saúde Pública

D478r

Desviat, Manuel

A Reforma Psiquiátrica. / Manuel Desviat; tradução de Vera Ribeiro – 2. ed. –
Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

196 p. (Coleção Loucura & Civilização)

ISBN: 978-85-7541-467-5

Tradução de “La Reforma Psiquiátrica” – 1994.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Reforma dos Serviços de Saúde. 3. Psiquiatria - tendências.
4. Hospitais Psiquiátricos. 5. Desinstitucionalização. 6. Serviço Social em Psiquiatria. I. Título.

CDD-22ed. – 362.2

2015

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 – térreo, sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora

Editora filiada



*O fato psicopatológico deve reconhecer uma determinação
plurívoca: histórica, social, orgânica e psicológica.
E a única noção capaz de dar conta disso é a
de pessoa, tal como definida pela filosofia.*

Michel Thuilleaux, 1973

SUMÁRIO

Prefácio à segunda edição	9
Prefácio à edição brasileira	13
Prefácio à edição espanhola.....	15
Apresentação à edição brasileira	19
1. A Institucionalização da Loucura.....	21
2. Os Primeiros Movimentos de Reforma Psiquiátrica (I)	27
3. Os Primeiros Movimentos de Reforma Psiquiátrica (II)	55
4. Dificuldades e Erros da Reforma Psiquiátrica.....	77
5. A Nova Cronicidade e os Programas Alternativos	89
6. A Reforma Psiquiátrica na Espanha	101
7. A Reforma de Leganés: do hospital psiquiátrico à área da saúde.....	115
8. A Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina: a psiquiatria coletiva no Brasil	133

9. O Início da Contrarreforma	151
Posfácio	163
Notas	171
Referências	181

PREFÁCIO À SEGUNDA EDIÇÃO

A REFORMA PSIQUIÁTRICA: ESTRATÉGIAS PARA PENSAR O FUTURO

Quando apresentei o presente livro de Manuel Desviat para a coleção *Loucura & Civilização*, estava consciente de estar propiciando uma grande contribuição ao processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Não é por outro motivo que o livro está, há quase duas décadas, em catálogo; ainda absolutamente atual, como uma ferramenta importante de consulta e orientação para pesquisadores, professores, profissionais da rede de atenção, usuários, familiares e ativistas do campo da saúde mental no Brasil.

Manuel Desviat passou a frequentar nosso país como consultor da Organização Mundial da Saúde, no início dos anos 1990, fundamentalmente por causa de sua larga e sólida, e por que não dizer, muito bem-sucedida experiência como liderança de um dos mais importantes processos de transformação de instituições psiquiátricas dos tempos atuais. Estou me referindo à reforma do macro Hospital Psiquiátrico de Leganés, na região metropolitana de Madri, aqui relatada no capítulo 7. Mais que um relato, é uma aula ou um conjunto de princípios e estratégias que Desviat nos oferece como base para o processo de reconversão do modelo manicomial psiquiátrico em proposta de rede de cuidados de base territorial e comunitária.

E foi essa experiência que Desviat, fundamentado e auxiliado por *A Reforma Psiquiátrica*, disseminou em suas andanças por todo os recantos do Brasil desde o início dos anos 1990, participando de todas as conferências nacionais de saúde mental desde então, e de muitas outras dezenas de conferências estaduais e municipais, além de centenas de eventos, tais como congressos, seminários

e oficinas, além de cursos. Desejo ressaltar que Desviat tem sido professor convidado, para mais de vinte anos consecutivos, do Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz) em seus mais de 30 anos de existência.

Por um lado, aqui o leitor pode refletir sobre a contextualização do modelo psiquiátrico tradicional asilar, iniciado com Pinel e consolidado a partir de Kraepelin. Por outro, pode ter acesso às experiências históricas de reformas psiquiátricas desenvolvidas na França (psicoterapia institucional e psiquiatria de setor), Inglaterra (comunidade terapêutica e antipsiquiatria), EUA (saúde mental preventiva e comunitária), Canadá (que ele denomina de a revolução tranquila) e, evidentemente, na Espanha. Todas essas experiências forneceram fundamentos conceituais e políticos para a trajetória brasileira de reforma psiquiátrica, o que revela um outro aspecto importante deste livro, na medida em que nos permite compreender os caminhos trilhados anteriormente, suas características, opções e obstáculos.

É dessa forma ainda que Desviat contribui com um capítulo fundamental sobre dificuldades e erros da reforma psiquiátrica e outro sobre a *nova cronicidade*, questão que surge como desdobramento das novas práticas de desinstitucionalização e atenção psicossocial e que precisam ser conhecidas e enfrentadas por todos aqueles que, de uma forma ou de outra, atuam em tais dispositivos.

A importância de *A Reforma Psiquiátrica* se deve também ao fato de que anunciou, ainda nos anos 90 do século passado, alguns aspectos e desdobramentos do processo brasileiro que estava até então em seus primórdios, para o qual Desviat pôde contribuir com grande proximidade por ter sido consultor praticamente desde os anos iniciais. Mas anunciou também alguns problemas que ele, no posfácio da edição anterior, denominou de início da contrarreforma, abordando variados aspectos, internos ou externos ao campo da saúde mental ou mesmo da saúde, que representam possibilidades de retrocessos ou obstáculos, tais como o avanço assustador das políticas econômicas neoliberais, o rudimentar e grosseiro processo de medicalização mercantilista da psiquiatria do DSM ou o individualismo radical, entre outros.

Esta segunda edição incorpora novas reflexões que Desviat vem recolhendo nos últimos anos em suas recorrentes viagens a todos os cantos da Espanha, assim como a vários países do mundo. A partir dessas reflexões e advertências, nas quais podemos tomar conhecimento da importância da sustentabilidade do modelo psiquiátrico contra-hegemônico, temos acesso a elementos importantes

que podem nos ajudar a evitar os mesmos problemas pelos quais a Espanha e outros países passam.

Se este livro já era atual, o é ainda mais com o novo posfácio sobre a resistência à contrarreforma e sobre novas estratégias para o futuro.

Paulo Amarante

Pesquisador, professor titular do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Laps) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

A Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, realizada em Caracas em 1990, estabeleceu, entre outras estratégias, a de disponibilizar para os países da região técnicos da Itália, Espanha e Suécia, onde os processos de reestruturação da assistência psiquiátrica estavam bastante avançados.

Assim, no início de 1992, o dr. Itzhac Levav, assessor do Programa de Saúde Mental da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), apresentou à equipe de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil os drs. Manuel Desviat, de Madri, Espanha, e Ernesto Venturini, de Ímola, Itália.

Naquele momento, a surpresa agradável correu por conta de uma atitude aparentemente óbvia, mas incomum – as perguntas: “Vocês têm um diagnóstico da situação e propostas para enfrentá-la?”, “Como podemos ajudar?”

Estávamos já vacinados contra uma postura de assessoria que pouco se interessava pelas possibilidades locais, tentando transpor e impor uma determinada experiência do local de origem do colaborador. Felizmente, encontrávamo-nos diante de dois assessores que conheciam e combatiam desde muito tempo os males dessa e de outras formas de colonização.

Ainda em 1992, tive oportunidade de conhecer os Serviços de Saúde Mental José Germain, no bairro de Leganés, em Madri. Foi uma visita de inestimável valia, por me permitir acompanhar de perto uma experiência bem-sucedida: um processo complexo de transformação de uma estrutura de assistência tradicional em uma rede diversificada e articulada de cuidados em saúde mental, coordenada por Desviat, seu respeitado diretor, cuja incontestável liderança baseava-se em

sólido conhecimento técnico e grande discernimento político. Ele acumulava a direção de Leganés juntamente com a função de editor da revista *Psiquiatria Pública*, elegendo-se, dois anos depois, presidente da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria.

A experiência adquirida na condução dessas empreitadas fez de Desviat um assessor natural da Opas e da Organização Mundial da Saúde (OMS), trabalho desenvolvido não apenas no Brasil, mas em diversos países da Europa e da América Latina, credenciando-o como espectador privilegiado dos processos de reforma psiquiátrica no cenário mundial e tornando quase inevitável o projeto de um livro, cujo resultado é um brinde à sensibilidade, clareza e coragem.

A psiquiatria tem mais dilemas que certezas, e a análise que se faz de seu exercício torna-se presa fácil da superficialidade ou do fanatismo. O autor conseguiu evitar essas tentações e escreveu um livro corajoso – ao não escamotear problemas nos diversos processos de reestruturação da assistência – e ao mesmo tempo estimulante – ao mostrar com grande objetividade a coerência dos propósitos nas políticas de mudança nos vários países, além da dimensão e grau de consolidação desse ideário.

É texto obrigatório para quem queira avaliar os recentes processos de reforma psiquiátrica em todo o mundo e, sobretudo, para quem quiser ser protagonista de um movimento quase utópico, complexo, vivo, real e, felizmente, crescente.

Domingos Sávio do Nascimento Alves

Médico, ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde

PREFÁCIO À EDIÇÃO ESPANHOLA

Não creio que alguém possa representar melhor do que Manuel Desviat o movimento de reforma psiquiátrica iniciado na Espanha nos anos 1970, que modificou substancialmente – embora nem sempre no sentido previsto – o panorama do atendimento à saúde e à doença mental naquele país.

Formado nas então agitadas clínicas da rua Ibiza, em Madri, alvo de represálias no manicômio de Alcohete, e posteriormente convertido em líder carismático do primeiro reformismo voluntário do hospital de Leganés, Manuel Desviat conhece esse processo com a intensidade que só um participante pode ter. Desde 1985, dirige uma rede cada vez mais complexa de serviços alternativos na região de Leganés-Fuenlabrada, criada a partir dos antigos e exíguos recursos de um velho manicômio. Desviat contribuiu para reunir, num projeto comum de reforma para Madri, pessoas de formação, ideologia e história absolutamente diferentes.

Já não seria pouco que um participante narrasse essa história, porque, diversamente do que sucedeu em outros países, aqui a reforma desenvolveu-se ágrafa, sem deixar memória escrita.

Mas este livro não é – ou, sobretudo, não é – uma crônica desse ou de outros processos de reforma, pois Desviat nunca teve vocação para cronista nem limitou sua atividade ao trabalho nos serviços em processo de reforma.

Impulsionador do grupo de jovens psiquiatras progressistas que arrebatarem das mãos da psiquiatria oficialmente consagrada a Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, já então mais que cinquentenária, fundador da *Revista de la Asociación Española de Neoropsiquiatria* e também de *Psiquiatria Pública*, promotor da primeira coleção de livros de autores clássicos da psiquiatria publicada em língua espanhola, autor de textos que abarcam campos tão diversificados

quanto a cronicidade e a epistemologia, a psicose e a mulher, o planejamento e a história, e assessor da Organização Pan-Americana da Saúde ou presidente da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, Desviat tanto se interessou por compreender o mundo (o de seus pacientes, o da assistência psiquiátrica e o de todos os demais) quanto por transformá-lo.

É por isso que este livro não se limita a narrar as experiências de reforma nem a fazer uma compilação das ideias que as inspiraram, mas utiliza estas e aquelas como material para uma reflexão pessoal, que dá sentido a uma quantidade de informações às quais até hoje era difícil obter acesso (ainda mais para o falante de língua espanhola) e que, acima de tudo, eram difíceis de relacionar entre si e, decididamente, de interpretar e converter em dados aproveitáveis em nosso trabalho.

É um livro de estrutura multifacetada. Por um lado, faz uma revisão crítica das experiências de reforma desenvolvidas em diferentes países, situando-as no contexto histórico e doutrinário. Por outro, expõe com concisão e clareza, intercalando-os com essa revisão, alguns dos conceitos básicos que deram sustentação a tais práticas: a psicoterapia institucional, a intervenção em crise, a contribuição da epidemiologia no planejamento e na programação, a cronicidade etc. Tudo isso permite fazer um balanço esclarecido das experiências mais próximas (a espanhola, de modo geral, e a de Leganés, em particular) e, por último, formular uma proposta com vocação para a universalidade, mas que sabe estabelecer ligações, adaptando-se a requisitos específicos, como demonstra o vibrante capítulo dedicado à América Latina e ao Caribe.

É surpreendente, de qualquer modo, a capacidade que Desviat demonstra de tomar uma distância que assegura a objetividade, sem cair na frieza ou no academicismo.

Mas, para mim – que tive a sorte de poder aprender com ele durante boa parte de sua trajetória –, muito acima de sua inegável categoria como artífice e pensador da reforma está sua força pessoal, assim como sua capacidade contagiante de se apaixonar por tudo aquilo que capta seu interesse. A paixão e a presença pessoal do autor são perfeitamente detectáveis em quase cada página deste livro, muito distantes do estilo asséptico e personalizado de escrita a que nos acostumaram as normas de publicação em vigor. Manuel Desviat sempre resistiu a confundir o rigor com o tédio, a sacrificar seu sentido do belo às exigências do prático e a esquecer que nos comprometemos mais

com aquilo de que mais extraímos prazer (e vice-versa). É dessa resistência que se beneficia este livro.

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra, coordenador de Saúde Mental da área 3
de Madri, professor da Universidade de Alcalá Henares

APRESENTAÇÃO À EDIÇÃO BRASILEIRA

A reforma das instituições psiquiátricas, das formas de atender às doenças mentais, converteu-se, no Brasil destes últimos anos, em um movimento de reformas técnicas: fechamento dos manicômios e criação de recursos mais eficientes; porém, acima de tudo – e nisso reside sua originalidade –, em um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos “loucos de todo gênero” (expressão do Código Civil Brasileiro, em vigor à época), dos excluídos da razão e da cidadania.

Trata-se de uma abordagem coletiva da loucura e, portanto, do diferente (“de perto, ninguém é normal”, reza um dos *slogans* do movimento), empenhada em um discurso solidário, na restauração do vínculo social.

Tive a sorte de acompanhar parcialmente esse processo, participando de alguns de seus momentos constitutivos, como a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília em 1992. Tive também a felicidade de conhecer muitas mulheres, homens, usuários, familiares, profissionais da saúde mental, administradores, políticos, jornalistas e intelectuais que tornaram possível essa mobilização social solidária que abalou as consciências e os alicerces das instituições psiquiátricas em quase todos os estados do país.

A edição espanhola deste livro sobre os processos de reforma psiquiátrica termina com um capítulo sobre o Brasil, porque esta nação constitui uma esperança: a de um lugar onde talvez seja possível enlaçar o discurso técnico, toda a cultura científica acumulada nestes duzentos anos de prática médico-psiquiátrica, com uma dimensão comunitária, pública e antropológica.

Agora, decorridos mais de vinte anos desde a publicação da obra em castelhano, embora a situação da saúde mental e de suas instituições e seus processos de mudança pouco se tenha alterado no mundo, acentuam-se as medidas políticas e econômicas que enchem de incerteza o futuro dos serviços sanitários e sociais: a globalização da economia, as mudanças nos modos de produção, a precariedade do emprego e o aumento da exclusão social em todo o planeta, que nos interrogam sobre a continuidade dos movimentos solidários iniciados após a devastação causada pela Segunda Guerra Mundial. Nesta edição, incluo um posfácio que procura dar conta das repercussões dessas políticas na saúde mental e em suas instituições, além de umas poucas notas de rodapé sobre temas que julguei necessário atualizar (capítulo sobre a Espanha, Leganés e o Brasil).

E resta-me o agradecimento. Numa época em que eu acreditava haver esbarrado em limites extremos, em termos profissionais, políticos e afetivos, a boa gente do Brasil ensinou-me que o mundo ainda podia alargar-se, que continuavam a existir a prática coletiva, a paixão solidária, a esperança de um amanhã melhor e, acima de tudo, o gosto pela amizade. Sonho que se sonha junto é realidade. A todos vocês, o meu agradecimento.

Manuel Desviat
Madrid, junho de 1999

1

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. Um enclausuramento, na intenção absolutista de ocultar a miséria, cuja magnitude é atestada pelo número das pessoas hospitalizadas: oito mil na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris – reservada a mulheres pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas –, poucos anos após sua inauguração, na época em que aquela cidade contava com quinhentos mil habitantes. “Fazemos proibições muito expressas”, dizia o edito real que fez nascer o Hospital Geral – “a todas as pessoas de qualquer sexo, procedência e idade, aos válidos e inválidos, aos enfermos ou convalescentes, aos curáveis ou incuráveis, de mendigar no centro da cidade e nos bairros de Paris, nas igrejas ou em suas portas, às portas das casas, nas ruas e em qualquer outro lugar, publicamente ou em segredo, de dia ou de noite (...), sob a pena do açoite, na primeira vez; e na segunda, irão para as galeras os que forem homens ou meninos, e as mulheres e meninas serão desterradas” (27 de abril de 1656). Dörner enumera a lista, a tipologia dos cidadãos passíveis de serem presos pela milícia – pelos chamados arqueiros do hospital:

Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sifilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento, convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis. (Dörner, 1974)

Tratava-se de um espaço de exclusão social precocemente definido pelo humanista espanhol Luís Vives:

Dou o nome de Hospitais às instituições em que os enfermos são mantidos e curados, onde se sustenta um certo número de necessitados, onde se educam meninos e meninas, onde se criam os filhos sem pais, onde se encerram os loucos e onde os cegos passam a vida. (*apud* Albarracín, 1987)

É claro que a Espanha mostrou-se avançada na criação de hospícios e hospitais para pobres, na passagem da sopa e do albergue dos mosteiros para o grande enclausuramento (o padre Jofré fundou, nos primórdios do século XV, um hospício que foi equivocadamente considerado o primeiro manicômio do mundo – era, na realidade, um hospital geral ou albergue –, bem como o Hospital de Nossa Senhora das Graças de Zaragoza, citado por Pinel (1988) em seu tratado, os quais deram lugar a dois mitos fundadores da psiquiatria espanhola: o da origem hispânica do manicômio e o do tratamento moral) (Desviat, 1990a).

Com base nessa instância não médica da ordem monárquica e burguesa, situada nos limites da lei, e nesse aniquilamento absolutista do desvio e da indigência, jurisdição sem apelação possível, estabeleceram-se, nos anos constitutivos da legalidade contemporânea, o manicômio e a psiquiatria como especialidade médica, diferenciando as formas de loucura ou alienação mental e seus espaços de reclusão.

Há um relatório sobre o debate que se produziu na França, antes da promulgação da lei de 1838 sobre os alienados, que legitimou em termos administrativos e jurídicos a psiquiatria e o manicômio, instaurou a tutela médica do doente mental e influenciou decisivamente em toda a legislação psiquiátrica ocidental, até os dias atuais. Um relatório no qual foi adotado, juntamente com as medidas cautelares, o termo *cura*:¹

É sumamente difícil determinar se os estabelecimentos para dementes devem ser considerados mais como hospícios do que como presídios. Por um lado, trata-se de enclausurar os indivíduos que possam causar prejuízos à sociedade, e por outro, de instaurar medidas de cura para pessoas enfermas. (Postel & Quézel, 1987: 173)

A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas formas de atendimento. Com a Declaração dos Direitos do

Homem e do Cidadão, com o Contrato Social e a livre circulação de pessoas e mercadorias, a nova soberania civil tinha que refletir sobre a responsabilidade e os limites da liberdade. O grande enclausuramento descrito por Foucault, símbolo eloquente do absolutismo, tinha que ser abolido. Suprimidas as *lettres de cachet* – ordens reais que permitiam, com autorização governamental, a internação de qualquer pessoa incômoda nas bastilhas do Antigo Regime –, o alienado já não podia ser enclausurado. Não podia porque as novas normas sociais necessárias ao desenvolvimento econômico proibiam a privação da liberdade sem garantias jurídicas.

Daí por diante, a reclusão dos alienados passou a ter que ser definida como algo terapêutico e indispensável: o isolamento de um mundo externo perturbador, das paixões irritantes. Tratava-se de distrair a loucura, ocupando o espírito e o corpo, em lugares – os manicômios – nos quais os pacientes ficassem isolados, pois assim se atuaria “diretamente sobre o cérebro e se [condenaria] esse órgão ao repouso, afastando-o das impressões irritantes, reprimindo a vividez e a mobilidade das impressões e moderando a exaltação das ideias” (Esquirol, 1991).

Essa era a precondição do tratamento alienista, do tratamento moral. Era preciso isolar o paciente da sociedade – de um meio, uma comunidade que gerava uma série de distúrbios. Para curá-los, era preciso confiná-los, interná-los em lugares apropriados: os asilos (Esquirol, um dos primeiros alienistas, cunhou essa palavra fugindo do termo hospital, então ainda pejorativo). A psiquiatria era a garantia que salvava a legalidade. Surgiu a internação; o isolamento e o tratamento moral constituíram os elementos terapêuticos do movimento alienista (Pinel, Esquirol, Georget, Ferrus etc.). A loucura separou-se do campo geral da exclusão para se converter em uma entidade clínica que era preciso descrever, mas também atender em termos médicos, buscando sua cura.

O *Traité Médico-Philosophique sur L'aliénation Mentale*, ou *La Manie* (Pinel, 1988, tradução espanhola), publicado em 1801 – o ano IX, segundo o calendário revolucionário –, estimulou um otimismo indubitável, próprio de uma época revolucionária que, com sua confiança na ciência e no progresso, estava inaugurando a era contemporânea. O reconhecimento de uma subjetividade e de uma parcela de razão no alienado permitiu o diálogo entre o médico e o doente, possibilitando o tratamento moral. Com Pinel e Esquirol, a investigação empírica, herdeira de Bacon e Condillac, converteu-se na clínica, estabelecendo as bases da construção teórica da psiquiatria.

Houve outro serviço muito importante que a psiquiatria iria prestar à nova sociedade democrática: o alienado era uma pessoa supostamente irresponsável, não era um sujeito de direito, de acordo com as normas que a burguesia vinha estabelecendo. Escapava à pura imposição da lei, às novas regras ou códigos de convívio, ao Contrato Social que permitiria a livre circulação e intercâmbio de bens e pessoas. E escapava, justamente, na medida em que não podia ser inteiramente responsável por sua conduta. A psiquiatria veio corrigir essa falha da nova ordem social. Os psiquiatras passaram a ser tutores de menores perversos. Aí se iniciou uma aliança que iria perdurar até os dias atuais; uma aliança complexa e contraditória, complementar entre a psiquiatria e o direito, e de limites às vezes imprecisos.

Tal aliança foi mantida, ao longo do século XIX, por duas ideias. Por um lado, a da irresponsabilidade criminal, que triunfou pela primeira vez com o indulto de Pierre Rivière,² um parricida múltiplo que foi inocentado, em 1836, por padecer de monomania (foi a primeira pessoa inocentada pelos tribunais por doença mental). Por outro, a teoria da degeneração. Essas ideias iriam fundamentar a psiquiatria, ao lado dos conceitos de periculosidade, incurabilidade e cronicidade, com graves consequências até hoje. Eram concepções que, em alguns casos, como na escola positivista italiana, chegaram a definir o delito inscrevendo-o em estigmas, em anomalias físicas e psíquicas, geralmente hereditárias.

Morel, psiquiatra que estabeleceu o termo degeneração, falou das “naturezas degeneradas, classe perigosa, representantes malditos das mais perversas tendências do espírito, dos mais deploráveis desvarios do coração humano” (Morel, 1857). Loucos, criminosos, alcoólatras, revolucionários e artistas ficaram sob suspeita de sofrer de distúrbios mentais degenerativos. Tratava-se de categorias médico-criminológicas que foram assumidas pela legislação mussoliniana e sua chamada polícia científica. E de um conceito de periculosidade que viria a ser retomado na Espanha no Código Penal de 1928, durante a ditadura de Primo de Rivera, sob evidente influência do fascismo italiano (e que perdurou até a revogação parcial da Lei de Periculosidade e Reabilitação Social).³

Mas houve fatos não previstos pelos primeiros alienistas, que logo se uniram às características constitutivas dos novos asilos, dos manicômios. O otimismo em que se baseara a psiquiatria, o otimismo dos primeiros alienistas, sua confiança na possibilidade de cura do louco, própria daqueles tempos esclarecidos, dominados pela confiança na razão e no sujeito humano, logo iria esgarçar-se.

E por dois acontecimentos: a massificação dos asilos e a rápida vitória do organicismo. A massificação dos asilos produziu-se em pouco tempo. Por volta de meados do século XIX, os alienistas franceses começaram a se perguntar como era possível o tratamento moral, um tratamento que se pretendia psicológico e individualizado, quando a cada médico cabiam quatrocentos a quinhentos pacientes. No entanto, com a vitória das teses de Bayle, triunfaram a lesão, a organicidade e a incurabilidade.

Essas circunstâncias deram ao manicômio funções que podem ser delimitadas com clareza e que devem ser conhecidas e mantidas muito presentes na hora da desinstitucionalização, no momento de pensar em como é possível desmontar os manicômios, para evitar alternativas insuficientes.

Em primeiro lugar, uma função médica, terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo. Em segundo lugar, uma função social: o manicômio, desde suas origens, converteu-se num refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida, ou tutelar. Por último, havia uma função de proteção da sociedade, perante um grupo populacional que geralmente era impossível de classificar por meio da psicopatologia ou da psiquiatria, que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria. A psiquiatria e o manicômio surgiram, em suma, em uma época constitutiva da ordem democrática contemporânea, resgatando o tratamento dos alienados do atendimento promíscuo dos hospitais ou albergues para pobres, originários da grande crise econômica dos primórdios do capitalismo, e exercendo uma série de funções não exclusivamente médicas.

Quase três séculos depois do grande enclausuramento, uma nova crise estrutural do sistema econômico do Ocidente – a robotização em lugar das grandes manufaturas, entre outras razões, e uma crescente tendência direitista na gestão política da crise – levantou, sobretudo nas grandes cidades, os problemas da mendicância violenta, da marginalidade e de formas irracionais ou socialmente inúteis de convívio, todos agravados pela questão das drogas pesadas, pelo envelhecimento da população e pelo aumento, graças à melhoria da qualidade de vida e à relativa eficácia do sistema de saúde, da cronicidade incapacitante: da percentagem da população que carecia de algum tipo de cuidado, sustentado ao longo do tempo. E, como não poderia deixar de ser, elevaram-se vozes pedindo o retorno do grande enclausuramento, dos manicômios, a criação de sanatórios para aidéticos e a promulgação de leis repressivas contra o consumo de drogas, quando havíamos – a comunidade científica e cultural e a cidadania

em geral – chegando a um consenso sobre a inutilidade terapêutica e, pior ainda, sobre o prejuízo e a maior cronicização produzidos pelos asilos, tanto nos doentes mentais como nos idosos ou nas crianças retardadas. Sem dúvida, a indigência, a cronicidade e a doença mental, sobretudo quando adotam formas de conduta não aceitas pela maioria, despertam tentações totalitárias arraigadas em importantes setores da sociedade, que se expressam por convocações à marginalização e ao castigo, por mais que se saiba de sua inutilidade técnica e de seu custo social, em vez de solicitarem das administrações públicas que adotem medidas mais preventivas e curativas do que cautelares.

Seja como for, a mescla assustadora de indigência, loucura e condutas criminosas nas ruas das grandes cidades não pode confundir as respostas públicas. Há dimensão política e dimensão social e técnica nesse tema. Os vagabundos e os sem-teto, considerados como grupo de risco por critérios sanitários, quer sejam doentes mentais quer não, precisam de abrigo e, talvez, comida – de serviços sociais, em suma. É possível que também precisem de alguma intervenção médica, em decorrência de uma bronquite crônica ou de alucinações. Mas trata-se de dois temas, duas necessidades expressas quer não e, portanto, duas atuações diferenciadas. Confundir uma com outra, ou não entender a necessidade de autorização judicial para internar a contragosto pacientes que tenham perdido a capacidade de dirigir a si mesmos, é voltar às *lettres de cachet*, às ordens reais e aos hospícios e casas correccionais do absolutismo.

Não se trata de as pessoas morrerem com sua liberdade, jogadas nas ruas das grandes cidades, como anunciou Rojas Marcos, nem de serem esfaqueadas após um acesso de fúria – no dizer de Haro Tecglen –, mas tampouco se trata de sacrificar a liberdade (Rojas Marcos, 1989; Tecglen, 1989; Desviat, 1989). Há respostas técnicas, planejamentos mais eficientes dos serviços sociais – sobretudo mais do que os existentes na Espanha, onde esses setores parecem estar entravados – e respostas políticas mais solidárias que as dos Estados Unidos. Garantir a segurança e uma assistência aceitável, respeitando a dignidade da pessoa, é o desafio que se apresenta aos cidadãos, governantes e especialistas. O que não se opõe, mas apenas situa em seu lugar, a luta por uma sociedade mais justa e solidária.

OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA (I)

As críticas à eficácia do asilo não tardaram a se produzir,⁴ mas foi após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

O *New Deal* norte-americano e a revolta contra as instituições, que atingiu seu ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea do maio francês de 1968, influíram decisivamente na ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo do século XIX, do consenso kraepeliniano a que nos referimos anteriormente, e que requer um curso irreversível da doença mental e do manicômio. Aliada a essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização norte-americana até a política de setor francesa.

As características sociopolíticas de cada país – e, mais concretamente, de seu sistema sanitário –, juntamente com o papel outorgado ao manicômio, iriam diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica. O tipo de sistema sanitário, sua forma de organização e seu grau de cobertura condicionaram o modelo adotado de atendimento de saúde e, portanto, dos serviços de saúde mental. Em um sistema como o dos Estados Unidos, extremamente caro e pouco solidário – a doença e a invalidez são uma responsabilidade individual –,

as experiências de psiquiatria comunitária não podem passar de tentativas-piloto feitas com pequenos grupos marginais, e não nos deve causar estranheza que a desinstitucionalização adquira, exceto em uns poucos estados, características *selvagens*, uma vez que os pacientes crônicos externos aumentam o já elevado número de pobres abandonados à própria sorte. E tampouco representam um marco ideal para a sociedade francesa centralizada e seu sistema liberal de saúde, no qual a saúde pública continua a ser um setor marginalizado.

Há autores que afirmam que a expressão *saúde comunitária*, cunhada no mundo anglo-saxão, não corresponde a nenhuma realidade assistencial ou preventiva que se possa encontrar na França (Dab & Henrard, 1991). O atendimento comunitário exige um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo – o que se tem denominado de Sistema Nacional de Saúde. Uma organização unitária dos serviços e a integração dos três níveis clássicos de atendimento, desde a educação para a saúde até a reabilitação, com um financiamento fundamentalmente público que permita o atendimento das populações, e não apenas do sujeito enfermo, são uma precondição da saúde comunitária. Ficam para trás os sistemas de beneficência pública, resíduo obsoleto nas sociedades avançadas, próprio do atendimento custodial, dos leprosários, dos asilos para tuberculosos e dos manicômios (Desviat, 1985, 1988).

A busca de alternativas para o manicômio estabelece o segundo fator de diferenciação, pois, ou se pretende sua transformação em uma instituição terapêutica, como é o caso da psicoterapia institucional ou da comunidade terapêutica, ou se propõe seu fechamento como precondição da reforma, como é o caso da psiquiatria territorial italiana ou da desinstitucionalização nos Estados Unidos.

Nessa busca de novas formas de enfrentar o distúrbio mental, existem conceitos comuns, além da superação do manicômio e da psiquiatria custodial; são ideias que, mais ou menos desenvolvidas na prática e sempre condicionadas pelas peculiaridades da estruturação sanitária de cada país, estão presentes nos postulados teóricos de todas as experiências de reforma psiquiátrica iniciadas após a Segunda Guerra Mundial, constituindo as categorias primordiais de uma cultura universal da reforma.

Há três grandes conceitos que se julgam fundamentais e que são desenvolvidos, reforçados e abandonados pelas experiências em seu processo de definição ao longo dos anos. Em primeiro lugar, a divisão em zonas – o setor francês, o território psiquiátrico na Itália, as áreas inglesas ou espanholas etc.; em segundo,

a continuidade do atendimento – desde a mítica postulação francesa das Jornadas de 1945 até os diferentes tipos de atendimento contínuo atualmente prestados na área sanitária espanhola; e, por último, a integração dos três níveis de atendimento – Gerard Caplan foi quem melhor captou a importância da imbricação dos diferentes níveis de prevenção, articuladores de seu clássico livro sobre a psiquiatria comunitária.

Neste estudo, partiremos das experiências primigênicas desenvolvidas na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, considerando seus aspectos mais originais e as etapas de um processo que se repete. Tanto nesses primeiros movimentos de reforma quanto nos que viriam depois (Espanha, Brasil), em um segundo momento histórico, uma vez conhecidos os problemas de várias décadas de experiências, observam-se as mesmas condições de desenvolvimento.

Em primeiro lugar, há um clima social que permite e, em alguns casos, exige a conscientização e a denúncia da situação manicomial, com a abertura de um processo de consenso técnico, político e social que possibilita a elaboração de objetivos alternativos. Em segundo lugar, existe um momento de legitimação administrativa, certo compromisso, geralmente ambíguo, pelo menos nessa ocasião, e um grupo de técnicos qualificados e decididos a levar adiante o processo de reforma – sem que falte, nas experiências mais sustentadas e inovadoras, um líder mais ou menos carismático que encabece esse esforço.

A PSICOTERAPIA INSTITUCIONAL E A POLÍTICA DE SETOR

A psicoterapia institucional, fundamento teórico da política francesa de setor, é, sem dúvida, a tentativa mais rigorosa de salvar o manicômio. Influenciada pela psicanálise, procura organizar o hospital psiquiátrico como um campo de relações significantes, de utilizar em um sentido terapêutico os sistemas de intercâmbio existentes no interior da instituição, isto é, os sistemas de verbalização daquilo que acontece (Hochmann, 1971).

A adoção da psicanálise nos hospitais franceses data de 1940, quando Tosquelles,⁵ um jovem catalão exilado após a guerra civil espanhola, desenvolveu em um asilo rural – o hospital psiquiátrico de Saint-Alban –, em

plena ocupação alemã da França, uma experiência radical de transformação, agrupando na Sociedade de Gévaudan homens como Bonnafé, Chaurand, Millon, Fanon, Oury, Gentis e Torrubia, residentes no Saint-Alban, junto com refugiados prestigiosos do mundo da cultura, como Éluard e Tzara. Foi essa a origem da psicoterapia institucional.

A hipótese inicial foi que, na instituição total (hospital, presídio), todos estão doentes. “Não são os muros do hospital que fazem dele um manicômio. São as pessoas: os que prestam cuidados e os enfermos que vivem nele” (Dessauant, 1971). Por conseguinte, a terapia deve abarcar o hospital inteiro, pessoal e doentes; é a instituição em seu conjunto que deve ser tratada. A questão, nas palavras de Lacan, é “acolher” o objeto a partir de uma rede de significantes, a fim de preservar o sujeito (Lacan *apud* Oury, 1972). E o que é uma rede de significantes, senão aquilo que pode criar um campo transferencial? A psicoterapia institucional pode ser definida como um conjunto de ações que permitem a criação de campos transferenciais multifocais.

Para Maud Mannoni, os autores da psicoterapia institucional estudam a instituição como uma linguagem, uma cartografia do inconsciente (o significante do coletivo e de cada um dos sujeitos), na qual se encontra algo que é preciso saber utilizar se quisermos transformar um universo repressor em um lugar onde se fale e onde, pela circulação de algumas palavras, seja possível entrever as perspectivas da cura (Mannoni, 1970).

A psicoterapia institucional, incubada desde a ocupação alemã, surgiu após a libertação como um fundamento teórico que consolidou a presença da psicanálise na psiquiatria francesa (o Ministério da Saúde desse país chegou a estudar a possibilidade da formação de psicanalistas mediante cursos abreviados de seis meses). Adotou-se a psicanálise nas instituições psiquiátricas, para uns, como uma forma de psicanálise aplicada, e para outros como uma verdadeira psicanálise da instituição.

Oury, diretor da clínica La Borde e um dos expoentes máximos da psicoterapia institucional, considerava que a psicanálise clássica era, na realidade, uma forma particular da psicanálise institucional. Ele enfrentou a postura mais ortodoxa, representada por Racamier, para quem era impossível a utilização direta da técnica psicanalítica no campo institucional: “Aplicação de uma compreensão analítica ao trabalho institucional, sim, cem vezes sim. Mas, psicanálise institucional, não, isso não me diz absolutamente nada” (Racamier, 1988).

A contratransferência constituiu-se em ponto central do debate, no qual os lacanianos consideraram que era primordial a interpretação da contratransferência institucional. A instituição transformava-se, toda ela, em um *analizador*. O que se procurava era uma “escuta analítica coletiva”, diria Tosquelles. Enquanto isso, outros insistiam na necessidade de distinguir atendimento de psicoterapia.

A consciência da necessidade de uma nova psiquiatria, de modificar formas de atendimento com base na internação asilar, instigava uma geração de psiquiatras que acabara de passar pela ocupação e pelos campos de extermínio. Não podemos esquecer que cerca de 40% dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos franceses morreram durante a guerra mundial, nem que o genocídio nazista dos judeus foi precedido pelo extermínio dos velhos dos asilos, dos doentes incuráveis e, acima de tudo, dos loucos (Audisio, 1980).

Em pleno clima de libertação, realizaram-se as Jornadas Nacionais de Psiquiatria de 1945 e 1947, que estabeleceram as bases da nova doutrina: o setor. Era uma nova forma de organização dos serviços psiquiátricos que, de acordo com um de seus protagonistas, Mignot (1961), implicava “uma modificação profunda da atitude da sociedade para com as doenças mentais”. Tratava-se, declarou Audisio, em nome do Sindicato Nacional dos Psiquiatras Hospitalares, de estruturar um serviço público de ajuda e tratamento, colocado à disposição da população para permitir o acesso universal a formas de atendimento e a uma qualidade de serviços até então reservadas a setores privilegiados do público. Correspondia ao abandono de um conceito de assistência, para chegar a uma estratégia de projetos terapêuticos individuais, considerando, ao mesmo tempo, a dimensão pública e coletiva dessa medida de saúde: a política de setor não foi apenas uma tentativa de fazer uma outra psiquiatria, mas também uma ação de saúde pública, no sentido literal do termo – intervenção no Congresso Nacional de Psiquiatras em Formação, Lille, em 1976 (Audisio, 1980).

As Jornadas de 1945 aprovaram algumas conclusões sobre 24 pontos que logo se converteram em documento fundador da nova psiquiatria francesa, ao qual se remeteriam todos os textos, trabalhos de especialistas e experiências práticas do setor. “A unidade e a indivisibilidade da prevenção, da profilaxia, do tratamento e do pós-cura devem ser respeitadas ao máximo”, dizia o primeiro ponto, já lendário. “A internação deve ser abolida, em sua condição de conjunto de medidas heterogêneas: seus procedimentos devem ser redefinidos e aplicados com grande flexibilidade e com o máximo de iniciativa médica”, assinalava outro ponto.

Bonnafé qualificou a corrente reformista francesa surgida depois de 1944 de pós-esquiroliana, no intuito de acentuar a ruptura, que considerava uma verdadeira revolução e não uma simples mudança das instituições existentes, muito embora, na realidade, como teórico da psicoterapia institucional, viesse a resgatar a ideia primigênia de Esquirol: “uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico habilidoso, é o agente terapêutico mais eficaz frente às doenças mentais” (Esquirol, 1991).

Afora qualquer consideração doutrinária sobre a teoria do isolamento sancionada pela célebre proclamação [a importância do asilo ou do manicômio], e à parte as condutas segregatícias que necessariamente a parasitavam, “cremos”, escreveu Bonnafé (1960), “encontrar nisso o princípio do tratamento institucional”. Ante a desinstitucionalização anglo-saxônica, o movimento de reforma da psiquiatria francesa buscou formas terapêuticas de institucionalização: reinvenção, revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território.

Oury (1972) assinalou a necessidade de esclarecer o que o movimento da psicoterapia institucional entendia por *instituição*: “Não se pode ir muito longe no tratamento dos psicóticos com um sistema de funcionamento rígido que dê prioridade à ‘instituição’ sem dar margem, ou só o fazendo de forma escassa, a sua reinvenção, a sua revolução permanente: é isso que nos agrada chamar de institucionalização”.

Os títulos dos relatórios das Jornadas Nacionais de 1947 ilustram, de maneira eloquente, as inquietações da época: *A Internação, Conduta Primitiva da Sociedade Perante o Doente Mental: busca de uma atitude mais evoluída; O Doente Mental na Sociedade; A Proteção da Saúde Mental na França, estado atual e Projetos de Renovação* (Daumezon & Bonnafé, 1946). Foram jornadas em cujas conclusões, redigidas em cinco resoluções, iriam completar-se os objetivos estabelecidos nos 24 pontos das realizadas em março de 1945, em Paris, nas quais se pedia a criação de serviços por departamentos, de dispensários estreitamente articulados às equipes hospitalares.

Nesse processo, na constituição dessa nova cultura psiquiátrica aprovada por consenso nas célebres jornadas, houve, além da psicoterapia institucional, outros antecedentes que explicavam as novas conceituações. Entre eles destacam-se a atividade psiquiátrica dos Dispensários Públicos de Higiene Social, surgidos na luta contra a tuberculose, e a influência das ideias de Édouard Toulouse,⁶ impulsionador, na França, dos *serviços abertos* nos hos-

pitais psiquiátricos e da Liga de Higiene Mental (fundada em 1920), além de diretor do Hospital Henry Rouselle, primeiro centro aberto da França, criado em 1921 como um serviço anexo ao Hospital Sainte-Anne, de Paris.

Entre outros princípios de organização sanitária geral, adotou-se a territorialização da assistência, que permitia um conhecimento melhor da população no momento da elaboração dos programas e uma aproximação entre os serviços prestados e os usuários.

Daumazon propôs, em 1952, a divisão do Departamento do Sena em áreas de cobertura para cada serviço psiquiátrico, além da criação de Centros de Tratamento e Readaptação Social. Em 1954, no XIII distrito administrativo de Paris, implantou-se uma experiência que aplicava os princípios da setorização (P. Paumelle), seguida por outras tentativas de prática setorial nas províncias (P. Lambert, M. Vermorel, P. Koechlin) ou em Paris (L. Bonnafé, H. Mignot). Entre 1957 e 1959, as atividades formativas do Grupo de Sevres – composto de psiquiatras e enfermeiros (H. Torrubia, Lebovici, Daumazon) –, assim como o Congresso de Psiquiatria e Neurologia de Língua Francesa – realizado em Tours, em 1959 – e o Grupo de Trabalho de Psicoterapia e Socioterapia Institucional foram sensibilizando os profissionais e o governo para a necessidade da política de setor.

Tais ideias seriam acolhidas por uma Comissão de Doenças Mentais criada pela Diretoria de Saúde Mental, possibilitando a circular de 15 de março de 1960, *Relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* [Relativa ao programa de organização e equipamento dos departamentos em matéria de luta contra as doenças mentais], assinada pelo então ministro da Saúde Pública, Bernard Chenot. O prefácio da circular expôs a necessidade de transformar os asilos em hospitais especializados no atendimento à doença mental, considerando que a hospitalização constituía apenas uma etapa do tratamento, que já fora iniciado e deveria continuar nos centros de prevenção e pós-cura. A mesma circular definiu as estruturas e o espírito do setor, claramente extra-hospitalar:

Não se trata de atender à demanda tal como é formulada, geralmente uma demanda de exclusão, de cuidados impostos, uma demanda de tutela, mas sim de tratar essa demanda, de intervir tanto no meio ambiente quanto no próprio sujeito, para que enfim seja aceita a solução que dê a este o máximo de autonomia e que o livre das sujeições implicadas pela doença (...).

Foi uma circular para cujos princípios fundamentais confluíram a saúde pública dos Dispensários de Higiene Social e a psicoterapia institucional. A organização setorial foi explicitada por Audisio (1965) no *Livro Branco da Psiquiatria Francesa*. A nova organização exigia

uma relação psicoterápica individual e um sistema de saúde pública capaz de uma ação eficiente (...). O aparelho tradicional de assistência, o hospital psiquiátrico, deve sofrer uma profunda mudança em seu modo de funcionamento, deixando de ser o lugar único ou preferencial para ser um elemento a mais num sistema complexo de cuidados e assistência.

Tratamento o mais precoce possível; assegurar o pós-tratamento, evitando as recidivas; separar o mínimo possível o doente de sua família e seu meio; cobertura de toda a população de uma região delimitada. A partir de diversos recursos técnicos, a hospitalização não é mais do que um momento do tratamento; a continuidade do atendimento é assegurada por uma mesma equipe médico-social, sob a responsabilidade de um médico chefe, transformado em chefe do setor. (Masse, Petitjean & Caroli, 1984)

A circular definiu ainda o setor como uma área geográfica bem delimitada (com setenta mil habitantes, aproximadamente) que incluía leitos hospitalares (então estimados em 3 para cada 1.000 habitantes), recursos extra-hospitalares para cada serviço ou setor (o hospital psiquiátrico era dividido entre os setores) e dispositivos para vários setores: lares de pós-cura, oficinas protegidas, clube terapêutico. O atendimento infantojuvenil foi dividido, criando serviços próprios, com os intersetores infantojuvenis correspondendo a três setores psiquiátricos de adultos (duzentos mil habitantes). Segundo Audisio (1965: 349), “as necessidades reais de leitos para hospitalização devem ser corrigidas, levando-se em conta os recursos extra-hospitalares existentes ou a serem criados, e graças aos quais se possa evitar a hospitalização ou reduzi-la ao mínimo”. Entre esses meios, a circular citou expressamente o dispensário de higiene mental, o hospital-dia, o lar de pós-cura e as oficinas protegidas (Audisio, 1965).

O processo de criação de estruturas e de transformação das instituições psiquiátricas viria acompanhado de esclarecimentos normativos, de um desenvolvimento mais abrangente da circular de 1960. Estabeleceu-se uma subdivisão de cada serviço hospitalar em unidades com 25 leitos (Circular de 1974), instituindo-se de 1 a 1,8 vagas para hospitalização e hospitalização parcial.

Jacques Hochmann, em belo livro intitulado *Pour une Psychiatrie Communautaire*, enunciou em 1971 uma regra que, particularmente, é de absoluta atualidade e de grande importância: “Na chamada psiquiatria de setor, não se deve criar nenhuma instituição especializada enquanto não se houver explorado e utilizado todas as possibilidades terapêuticas da comunidade” (Hochmann, 1971: 204-205).

A circular ministerial de 15 de março de 1960 foi o reconhecimento governamental, a legitimação de um modelo cujos momentos iniciais surgiram na época da ocupação nazista, e que fora impulsionado, ao término da Segunda Guerra Mundial, por uns poucos psiquiatras que haviam se conscientizado do caráter de campo de concentração dos manicômios. Tal circular adotou os postulados teóricos das célebres Jornadas Nacionais realizadas no Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne, em 1945, para os quais convergiram dois posicionamentos. Por um lado, a psicoterapia institucional, com Tosquelles e Daumezon em seu início, e, mais tarde, com Oury e a psicanálise lacaniana – tendo a clínica La Borde como representante singular. Por outro, a política de setor, de acordo com a expressão cunhada por Bonnafé em 1945, que tentou romper com a centralização no hospital, buscando uma assistência descentralizada em pequenas zonas, em torno de uma multiplicidade de serviços comunitários.

A circular ministerial acolheu os três princípios fundamentais que articulavam a política de setor:

- Princípio da setorização ou zoneamento. Delimitaram-se áreas com 50 mil a 100 mil habitantes.
- Princípio da continuidade terapêutica. Uma mesma equipe, no conjunto de cada setor, deveria fornecer o tratamento e se encarregar do paciente, nos diferentes serviços e momentos do tratamento, desde a prevenção até a cura e a pós-cura.
- O eixo da assistência deslocou-se do hospital para o espaço extra-hospitalar. O paciente deveria ser atendido, na medida do possível, na própria comunidade. O efeito cronicizador da instituição deveria ser evitado.

Nos tantos anos que nos separam da circular sobre a setorização, e notadamente após 1968, houve um desenvolvimento desigual da implantação das novas estruturas, com experiências e zonas-piloto, assim como zonas que se mantiveram praticamente no modelo anterior.

Embora haja capítulos deste livro dedicados a expor as dificuldades gerais dos processos de reforma, comuns a todas as experiências iniciadas depois da

Segunda Guerra Mundial, assinala-se aqui os problemas derivados da especificidade francesa, de sua concepção particular da assistência.

François Lelord, no prefácio ao livro de Liberman sobre a reabilitação psiquiátrica, escreveu que os profissionais da saúde mental franceses e de Quebec levavam uma considerável vantagem sobre seus colegas dos Estados Unidos: podiam colocar à disposição de seus pacientes um sistema de proteção social e sanitária que não excluía nenhum indivíduo, quaisquer que fossem sua renda ou domicílio. Sem dúvida, a organização sanitária, centrada em um sistema pluralista que associava a medicina liberal a um forte setor hospitalar público e a um sistema de seguros de saúde (mais de 99% da população contavam com seguros sociais), condicionava uma assistência fundamentalmente curativa, com um planejamento a curto prazo e um grande predomínio hospitalar.

As primeiras concepções sobre a saúde pública não prosperaram. A setorização da psiquiatria ficou como um fato diferenciado no panorama intensamente centralizado da França e com dificuldades de integração da psiquiatria infantil – intersetores infantojuvenis –, a ponto de haver autores que solicitavam a criação de um único setor geral, em vez da cindida organização atual entre os setores infantil e adulto (Masse, Petitjean & Caroli, 1984). O aparecimento de especificidades de atendimento por faixas etárias ou patologias provocou uma cisão na prática psiquiátrica (adolescentes, idosos, dementes, toxicômanos etc.), em detrimento de um exercício que englobasse todo o campo da psiquiatria e conservasse a unidade da disciplina.

O financiamento dos hospitais pela previdência social e o dos dispensários pelos municípios impediu o crescimento das estruturas ambulatoriais. O hospital permaneceu como o centro de atendimento. Sobre isso, afirmou Audisio:

A nova psiquiatria iniciada no setor tende a rechaçar o polo asilar, considerando-o uma relíquia do passado. Toda a teoria do setor foi concebida, precisamente, para evitar que se caísse nesta situação: tornar os setores unicamente extra-hospitalares, voltando as costas à antiga hospitalização, sem perceber que os asilos iam-se reconstruindo às suas costas, proporcionalmente aos fracassos da ação ambulatorial. (Audisio, 1980: 94)

No *Livro Branco da Psiquiatria Francesa*, publicado em 1967 (Vários autores, 1967), encontram-se nitidamente definidas algumas ideias que abarcam as posições contrárias ao hospitalocentrismo e relativas ao controle

da medicina privada, presentes nos 24 pontos de 1945 – época em que se chegou a falar em requisitar os centros privados com fins lucrativos em benefício dos serviços públicos e, em qualquer dos casos, exigiu-se que o controle técnico fosse exercido pelos psiquiatras públicos nas entidades privadas:

A política de setor não é uma política de estatização da medicina psiquiátrica. Nada se opõe a que cada setor, ao ser implantado na comunidade social, utilize a competência e os recursos dos estabelecimentos e do corpo médico privado, se este o solicitar e de acordo com o desejo do doente. A política de setor não pretende adotar as velhas formas de oposição entre o hospital geral e o hospital psiquiátrico, ou entre psiquiatria pública e psiquiatria privada, que, nas estruturas liberais da medicina francesa, têm que preservar naturalmente o seu lugar.⁷

Vinte anos depois, mais de uma dezena de psiquiatras franceses decidiram submeter um depoimento – intitulado *l'Avenir de La Psychiatrie et Les Plans de la Communauté Économique Européenne en Matière de Santé Mentale* [O Futuro da Psiquiatria e os Projetos da Comunidade Econômica Europeia em Matéria de Saúde Mental] – a um tribunal internacional que, em setembro de 1989, estava julgando as consequências da dívida com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a política da então Comunidade Econômica Europeia (CEE). E o fizeram, escreveu Rivière – um dos signatários⁸ –, alarmados com o curso da política de saúde mental na Grã-Bretanha e na Itália.

Pareceu-me que, quando os doentes mentais eram literalmente ‘deportados’ de uma região para outra, na Grã-Bretanha, porque os funcionários da assistência social, sobrecarregados de trabalho, não podiam assegurar sua ‘gestão’, e quando, na Itália, a maioria dos doentes fora transformada em vagabundos, depois de sua chamada ‘libertação’ dos hospitais psiquiátricos, era preciso prestar um testemunho. (Rivière, 1991: 431)

O autor criticou duramente os projetos de fechamento dos hospitais psiquiátricos, com base no fato de que isso estava encobrindo uma política de poupança dos governos. Na verdade, a carta foi uma resposta às declarações de autoridades sanitárias francesas e do próprio ministro da Saúde, Edmond Hervé, entre outros, que propunham a eliminação de leitos nos hospitais psiquiátricos, em 1985, por razões técnicas e econômicas. O modelo liberal que dominava a prática psiquiátrica francesa viu-se ameaçado por uma psiquiatria

planejada, ainda que, a menos que fosse mera retórica, o discurso assumisse um compromisso, quando os psiquiatras afirmaram: “O objetivo do contrato que é feito com o paciente não pode nem deve ter outro interesse senão o do enfermo, em detrimento de qualquer lucro público ou privado (...)” (Carta da Psiquiatria, Jornadas Nacionais da Psiquiatria Privada, Nantes, 1980, Association Française des Psychiatres D’Exercice Privé – AFPEP – e Syndicat National des Psychiatres Privés – SNPP).

Sua defesa do direito de acesso a todas as formas de atendimento, a toda a prestação de serviços, inclusive o hospital psiquiátrico, situou o protesto dos históricos psiquiatras franceses em algo mais interessado do que a simples denúncia da desumanidade a que nos leva a atual lógica econômica (do planejamento na saúde). Ficou distante de um critério de eficiência que se considera muito caro: aquilo que a sociedade valoriza mais e pelo menor preço possível. Nesse sentido, recorda-se uma frase de Roger Gentis em *Os Muros do Manicômio*: “Os verdadeiros muros do hospício são internos, são os que existem entre o pessoal e os pacientes, e esses muros são como escudos arraigados na própria carne, que se dilacera quando eles se racham” (Gentis, 1971 [ed. francesa], 1972: 25-26 [tradução espanhola]). O protesto foi a defesa de uma forma de combinar o atendimento da saúde mental com evidentes benefícios privados, que incluíam as instituições psiquiátricas conveniadas e os lucros fáceis. E, no entanto, a realidade dos hospitais psiquiátricos franceses, como a de todos os que sobrevivem, seja lá onde for, é eloquente por si mesma.

As condições materiais da vida no Sainte-Anne [escreveu Louis Althusser em sua autobiografia (1992a: 252)], eram verdadeiramente inimagináveis, em especial o grande refeitório, no qual o sujeito tinha que pedir o prato e os talheres (tínhamos que lavar os talheres, depois da refeição, numa pequena bacia de d’água infecta, mas não os pratos, nunca entendi por que), sentava-se à mesa ao lado de qualquer um, e os guardas deixavam em desordem sobre a mesa imensas fontes de alimentos asquerosos. (Althusser, 1992b: 345)

Pôde-se comprovar isso anos depois. Em outubro de 1988 fez-se visita aos velhos pavilhões do Sainte-Anne, considerado por muitos um baluarte da psiquiatria francesa. Em suas salas manicomiais encontrou-se o mesmo cheiro, os mesmos enfermos recentes misturados, os mesmos pacientes crônicos e o mesmo desarraigamento do presente sanitário e social de qualquer outro hospital psiquiátrico do Primeiro ou do Terceiro Mundo, de vinte anos ou de três dias atrás.

Trata-se de uma sobrevivência do hospital psiquiátrico confirmada por um relatório encomendado por autoridades sanitárias gaulesas, o *Relatório Massé*, publicado em junho de 1992: “No dia de hoje, 70% dos oitocentos setores de psiquiatria e 60% dos trezentos setores de psiquiatria infantojuvenil permanecem ligados aos centros hospitalares”. O relatório se encerra manifestando o receio de que a psiquiatria evolua para um desenvolvimento em duas velocidades: em primeiro lugar, uma psiquiatria *de ponta* no hospital geral, hipermedicalizada e claramente biologicista; em segundo, no hospital psiquiátrico, uma psiquiatria encarregada de gerir a cronicidade (Barbier, 1993).

A COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A PSIQUIATRIA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE DA GRÃ-BRETANHA

Em 1943, Wilfred Bion e John Rickman organizaram os doentes do hospital de Northfield (Reino Unido) – soldados com distúrbios mentais – em grupos de discussão, fazendo-os participar da direção do centro de tratamento. A guerra obrigou o Estado a se encarregar de todos os recursos sanitários, integrando-os e regionalizando-os num Plano de Emergência destinado a garantir assistência aos soldados e à população civil. O objetivo era vencer as potências do Eixo fascista, vencer a guerra; em todas as nações castigadas pelo conflito, entretanto, a esperança da vitória unia-se ao desejo de um futuro melhor, de um novo mundo.

O *Relatório Beveridge*, publicado em 1942 no Reino Unido, propôs enfrentar o que qualificou de *os cinco gigantes* – a indigência, a doença, a ignorância, a miséria e o desemprego –, por meio de um seguro global, e fortalecer os serviços públicos. Na saúde pública retomaram-se os projetos de reforma, com o *Relatório Oficial sobre os Serviços Nacionais de Saúde* preparado pelo governo Churchill e publicado cinco meses antes do desembarque na Normandia (The National Health Service, 1994 *apud* Navarro, 1984). Em 1948, promulgou-se a Lei de Criação do Serviço Nacional de Saúde (em inglês: National Health Service – NHS), paradigmática até nossos dias e considerada durante muito tempo a mais significativa peça de engenharia social do mundo ocidental.

Com o aperto causado pela escassez de pessoal nesses tempos de guerra, a comunidade terapêutica, tal como a psicoterapia institucional da França ocupada, proporcionou um meio de organizar as atividades das instituições totais e parciais que seria amplamente utilizado até hoje (em 1953, em um relatório da Organização Mundial da Saúde recomendou-se que os hospitais psiquiátricos, em sua totalidade, fossem uma comunidade terapêutica (WHO, 1953). Em artigo publicado, Thomas Main (1946) descreve o hospital de Northfield como uma “comunidade terapêutica”.

Em 1958, o psiquiatra Maxwell Jones, o mais representativo dessa forma de atuação institucional, declara: “Quando aplicamos a um hospital psiquiátrico o termo comunidade terapêutica, isso quer dizer que a responsabilidade pelo tratamento não fica restrita ao pessoal médico, mas concerne também aos outros membros da comunidade, isto é, aos pacientes... (Jones, 1958).

Buscou-se o aproveitamento deliberado, com fins terapêuticos, de todos os recursos da instituição, entendida como um conjunto orgânico e não hierarquizado de médicos, pacientes e pessoal auxiliar (Basaglia, 1970). Embora não exista um modelo único, é possível resumir como princípios da Comunidade Terapêutica, da qual nos sentimos devedores todos os que trabalhamos em centros psiquiátricos, aqueles que foram enunciados por Rapaport: democratização das opiniões, tolerância, comunhão de intenções e objetivos e confronto com a realidade (um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição: em geral, seus benefícios se encerram quando o paciente sai da comunidade terapêutica). Ou ainda, dito de outra maneira:

- liberdade de comunicação em níveis distintos e em todas as direções;
- análise, em termos da dinâmica individual e interpessoal, de tudo o que acontece na instituição (reuniões diárias dos pacientes e do pessoal, psicoterapias de grupo);
- tendência a destruir as relações de autoridade tradicionais, em um ambiente de extrema tolerância;
- atividades coletivas (bailes, festas, excursões etc.);
- presença de toda a comunidade nas decisões administrativas do serviço.

Esses princípios são muito próximos dos que, como se viu, foram enunciados para a psicoterapia institucional – liberdade de circulação, espaços estruturados, contratos de entrada e saída fáceis de rever e acolhida permanente, dispondo de grades simbólicas e de mediações (Oury, 1972) –, embora os franceses privilegiassem uma abordagem mais psicanalítica.

A comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional iriam constituir dois marcos fundamentais nas reformas do manicômio. Como escreveu Basaglia no livro coletivo que o celebrizou,

Essas duas tendências, que provêm, no plano teórico, de pontos de vista diferentes, revelam a validade de sua posição, no plano prático, ao efetuarem, juntas, a subversão de uma ideologia cristalizada na contemplação especulativa da doença, entendida como uma entidade abstrata, claramente separada do paciente da instituição psiquiátrica. (Basaglia, 1968: 143)

As experiências de Main, depois das de Jones, foram os primeiros passos da psiquiatria institucional estabelecida sobre bases essencialmente sociais (Basaglia, 1968). Porém, ao mesmo tempo que Jones procurava criar um ambiente terapêutico no hospital psiquiátrico, houve autores que chamaram a atenção para os efeitos nocivos da instituição psiquiátrica. Em 1961, surgiu um livro de Erving Goffman – *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* –, publicado na Argentina em 1970 sob o título *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (no Brasil, intitulado *Manicômios, Prisões e Conventos*). Pouco depois, a crítica basagliana estendeu-se aos movimentos de desinstitucionalização.

A Lei da Saúde Mental de 1954

Em 1954, organizou-se uma comissão para estudar a legislação referente à doença e ao retardo mentais. Em seu relatório de 1957, ela recomendou uma modificação da lei no intuito de que, na medida do possível, se proporcionasse um atendimento adequado às pessoas com distúrbios mentais, sem restrições a sua liberdade ou a sua competência legal, que diferisse do oferecido aos doentes ou pessoas deficientes e carentes de cuidados. Instituiu-se então o *Mental Health Act* [Lei de Saúde Mental], em 1959, o qual determinava que os doentes mentais fossem tratados do mesmo modo que os demais pacientes. A lei distinguiu os tratamentos hospitalares e as outras “formas de tratamento e treinamento, bem como de serviços sociais, que possam ser oferecidas para que os pacientes permaneçam internados no hospital ou possam receber alta hospitalar em prazo mais curto do que no passado” (Reino Unido, 1959).

O Ministério da Saúde do Reino Unido estimulou a criação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, bem como de hospitais-dia (na Grã-Bretanha,

há uma grande tendência à utilização de hospitais-dia, tendo passado de dois mil em 1960 para 15 mil em 1976).

Desde que essa lei entrou em vigor tornou-se possível comprovar uma sensível diminuição nas internações psiquiátricas em um país cujo total de leitos destinados à psiquiatria chegava a 50% até meados dos anos 1950 (havia 150 mil residentes em hospitais psiquiátricos). Dessa cifra, que representava internação de 344 pacientes em cada 100 mil habitantes, passou-se para 156 por 100 mil habitantes em 1981 (Martí-Tusquets & Murcia Grau, 1988).

A importância do planejamento regionalizado e da oferta de serviços completos na comunidade logo se evidenciou...

A reorganização dos serviços sociais (1972) e do Serviço Nacional de Saúde (1974) levou a formas de planejamento estratégico por zona, entre as autoridades sanitárias e as autoridades locais, e de planejamento operacional no nível distrital, procurando assegurar um desenvolvimento adequado dos serviços para doentes mentais através de serviços sociais e sanitários interdependentes e de um planejamento conjunto eficaz. (WHO, 1976)

Em 1968, o Conselho Central de Serviços de Saúde criou um subcomitê de reabilitação para estudar a possibilidade de prestar esse tipo de serviço nos hospitais distritais – *Relatório Tunbridge* (Watts & Bennett, 1990). Já em 1976, o Sistema Nacional de Saúde propôs a necessidade de garantir alojamentos e de estudar alojamentos protegidos para os doentes mentais, como uma forma de apoio aos serviços psiquiátricos de base em cada distrito. O fechamento dos hospitais psiquiátricos não era, em si mesmo, um objetivo do governo. A possibilidade de fechar um hospital dependia, ao mesmo tempo, da existência de uma gama de serviços de saúde e de outros serviços comunitários no plano local (WHO, 1976). “A política atual do governo da Inglaterra e País de Gales tem por objetivo conseguir, para os doentes mentais, serviços de implantação mais local, para que os tratamentos se realizem em hospitais gerais e hospitais-dia” (*apud* Watts & Bennett, 1990). Deu-se ênfase, sobretudo, aos programas de atendimento parcial e aos serviços residenciais locais.

O sistema de saúde inglês tornou-se referência – a primeira no mundo do livre mercado – para demonstrar as vantagens, no que se refere à equidade e eficiência, de uma política sanitária planejada. Politicamente permitiu desenvolver um atendimento primário, em combinação com os médicos generalistas, com um primeiro escalão de extraordinária importância nos mais avançados

modelos de atendimento psiquiátrico. O pilar do sistema era a garantia de continuidade do tratamento proporcionada pelo clínico geral – o médico de família. Cerca de 98% da população britânica era registrada em algum clínico geral, a quem 60% a 70% dela costumava consultar anualmente. Os médicos de família utilizavam o período compreendido entre um terço e metade da jornada de trabalho para se dedicar às visitas domiciliares. Por solicitação, os médicos especialistas compareciam em caráter de urgência ao domicílio dos pacientes, ficando à disposição 24 horas por dia. A mesma equipe de psiquiatras atendia às demandas ambulatoriais e hospitalares, nos recursos da área, fossem de pacientes crônicos ou agudos (Cooper, 1982).

Esse modelo permitiu que se atuasse na oferta de serviços, o que modificou a demanda. O controle dessa demanda e da utilização dos serviços era de grande importância, na medida em que permitia conter razoavelmente os custos. A Real Comissão Britânica do Serviço Nacional de Saúde desaprovou os clássicos incentivos financeiros voltados para o paciente, considerando que era preciso agir sobre os prestadores de serviços (atendimento primário, como controle do acesso às especialidades, impedimento das duplicações nas investigações etc.). A eficácia desse sistema é demonstrada por sua comparação com o extremo oposto, os Estados Unidos. Estes gastavam 2,7 vezes mais no atendimento médico *per capita* que o Reino Unido (1.926 dólares contra 6.200 dólares, com uma parcela de 11,1% do PIB contra 6,2%), além de 3,7 vezes mais na administração (22% contra 6%). No entanto, os norte-americanos eram 1,9 vezes mais propensos que os ingleses a perder o útero (no caso das mulheres), 2,6 vezes mais propícios a perder as amígdalas, 2,7 vezes mais inclinados a ter a próstata perfurada (no caso dos homens) e 3,3 vezes mais predispostos a perder a vesícula (Tudor Hart, 1991). Sabe-se que, em certas ocasiões, a oferta de serviços cria uma demanda não apropriada.

A oferta de um número maior de leitos hospitalares induz ao uso de mais leitos hospitalares. A oferta de um número maior de médicos induz ao uso de mais serviços médicos. A distribuição geográfica dos cirurgiões nos Estados Unidos é o principal fator das cirurgias realizadas em determinadas partes do país, independentemente de sua necessidade. (Abel-Smith, 1982)

Acrescido a esse fato, é sabido que, conforme as condições socioeconômicas de um país ou de uma região, existem limites além dos quais qualquer aumento dos serviços sanitários não é aproveitado. Um dos objetivos do planejamento sanitário em um sistema público de atendimento é garantir a equidade dos

serviços prestados, dando atenção especial aos grupos de risco e aos setores sociais mais necessitados. Os indicadores de morbidade e mortalidade por região – um dos indicadores utilizados pelo Resource Application Work Group (RAWG), grupo de trabalho para a inversão de recursos no Reino Unido – apontavam desigualdades que, sem dúvida, estavam relacionadas aos níveis de desenvolvimento econômico, mas que, no entanto, precisavam ser levadas em consideração no momento da alocação dos recursos. Isso, com a finalidade de poder garantir a equanimidade na distribuição geográfica dos serviços e sua distribuição de acordo com as necessidades.

Na eficiência dessa alocação de recursos, papel fundamental foi desempenhado pela descentralização da gestão por áreas. Em 1976, o Sistema Nacional de Saúde definiu seus objetivos em três direções: em prol da equidade geográfica, da prevenção e da melhora dos pacientes com internação hospitalar prolongada, determinando que as regiões e áreas que dispunham de melhor padrão de saúde recebessem menos dinheiro *per capita* (sendo a saúde medida pelo indicador mais indiscutível: as estatísticas de mortalidade). Independentemente de qual fosse o caso, o planejamento deveria procurar adequar os recursos às necessidades. Sua finalidade, nas palavras de Abel-Smith (1982), era “assegurar, por um prazo determinado, que os serviços atendam às necessidades de toda a população, com um nível de tecnologia que o país tenha capacidade de suportar”. As necessidades tinham que ser distinguidas da demanda, condicionada pelo conhecimento, pela cultura, pela acessibilidade dos serviços e, acima de tudo, pela função de agente do aparato sanitário, em especial dos médicos (o paciente delega ao médico sua capacidade de decisão, com base no melhor conhecimento que este tem de seu estado de saúde e dos tratamentos aplicáveis).

Em 1920, no Reino Unido, uma comissão criada pelo ministro da Saúde elaborou um relatório (o Dawson of Penn Report) com os primeiros trabalhos de territorialização dos serviços sanitários e, de modo geral, com o esquema de um serviço nacional de saúde estabelecendo no país um debate sobre o modelo colocado em funcionamento com a revolução russa de 1917.⁹ A territorialização sanitária foi inicialmente adotada na rede hospitalar de quase todos os países desenvolvidos. Sua generalização para o conjunto dos dispositivos sanitários realizou-se somente nos sistemas dos Serviços Nacionais de Saúde, ao fortalecer os serviços públicos. Apesar disso, dadas a complexidade e o volume de recursos humanos e os materiais manipulados por esse setor, estabeleceram-se em todos os países fórmulas que permitissem certa descentralização das funções.

Na França, fez-se a ordenação sanitária com base nos estados e regiões, afetando fundamentalmente os hospitais. Na República Federal da Alemanha, cada estado da federação tinha grande autonomia organizacional e legislativa em matéria de saúde. No Reino Unido, havia uma completa divisão em zonas. Na Itália, em 1978, criou-se o Servizio Sanitario Nazionale, configurado em regiões e em Unidades Sanitárias locais.

Na década de 90, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (a organização é semelhante na Escócia, no País de Gales e na Irlanda do Norte) dividia-se em 15 regiões, com populações em torno de dois milhões de habitantes que dependiam diretamente do Ministério da Saúde. As regiões, por sua vez, eram territorialmente divididas em áreas de saúde (com cerca de 250 mil habitantes), as quais eram responsáveis pelo planejamento, financiamento e provisão de recursos.

Em junho de 1991, o governo britânico publicou uma consulta sobre um projeto de lei referente à saúde da nação, com iniciativas sobre promoção, prevenção e formas de atendimento, instituindo objetivos para o progresso da saúde na Inglaterra. A saúde mental foi considerada de importância central no conjunto dos serviços sanitários do país. A consulta demonstrou evidências de que os recursos gastos nos serviços psiquiátricos comunitários eram ainda reduzidos, e que havia noventa grandes hospitais psiquiátricos a serem fechados. O documento governamental assinalou que a maioria da população confiava no atendimento do National Health Service. Apenas 11% dela utilizavam seguros particulares. A prática privada é rara no campo da saúde mental: somente 6% dos pacientes tinham sido tratados em hospitais particulares na Grã-Bretanha.

A relevância da saúde mental podia ser medida pelo alto índice de mortalidade, pela morbidade e pelos custos associados às doenças mentais, estas com despesas estimadas entre 4,6 a 5,6 bilhões de libras. Isso representava 14% dos dias de trabalho perdidos em consequência de doenças, 20% do total dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, 23% dos custos com internações e 25% das despesas farmacêuticas.

Entre os objetivos assinalados pelas autoridades do NHS estava a redução da hospitalização (havia cinquenta mil pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do Reino Unido), fechando 45 hospitais, com previsão de mais de quatrocentos leitos no ano 2000, e reduzindo o número de leitos dos hospitais psiquiátricos para um máximo de quatrocentos em 1995 e de 250 no ano 2000. Visava-se fortalecer os serviços comunitários por meio da transferência de verbas

provenientes dos hospitais. Estabeleceu-se, ainda, a informatização dos serviços e o reforço dos programas de apoio aos doentes crônicos nas comunidades.

No entanto, o Serviço Nacional de Saúde tem adotado medidas para melhorar a gestão objetivando aumentar a competitividade e a eficiência dos serviços, em especial os referentes aos hospitais, além da redução de custos. Fundamentalmente, trata-se de estabelecer uma *lógica da concorrência*, a qual, em um mercado tão protegido quanto o é o sanitário daquele país, procura criar uma concorrência interna separando o financiamento da compra e da prestação de serviços. O financiamento, majoritariamente público e obtido por intermédio de impostos, continua a depender das autoridades regionais para sua alocação. A administração dos recursos e, portanto, a concorrência, são efetuadas pelos médicos generalistas (existe um equivalente ao que é, na Espanha, um gerente de atendimento primário), que dispõem de um orçamento destinado à compra dos serviços junto aos fornecedores públicos e privados de sua área.

Essa lógica da concorrência tem adotado medidas discriminatórias, em razão da maior ou menor rentabilidade dos pacientes. As mortes de um limpador de chaminés e de um ancião estrangeiro expõem cruelmente os limites da equidade e da universalidade, cujo paradigma máximo era o Serviço Nacional de Saúde britânico (Desviat, 1993).

O papel da antipsiquiatria

Não é o radicalismo da denúncia, mas o âmbito da atuação que situa a antipsiquiatria inglesa fora das reformas psiquiátricas, à parte suas indiscutíveis contribuições teóricas e sua influência na opinião pública. Desde as experiências iniciais, como a Vila 21 – uma proposta de reforma realizada por Cooper (1971) no interior de um hospital psiquiátrico do nordeste de Londres –, as experiências antipsiquiátricas assistenciais, chamadas *comunidades terapêuticas* (a mais paradigmática das quais foi, entre outras, Kingsley Hall, de Ronald Laing), definiram-se como marginais no sistema de saúde – algo relativamente fácil, sem dúvida, quando o atendimento era coberto por um dos modelos sanitários mais avançados e socialmente progressistas do Ocidente – e fora de qualquer consentimento dos cidadãos.

Na realidade, antipsiquiatria era um termo ambíguo que para a opinião pública representava, até o fim dos anos 1970, todos os movimentos de contestação e reforma, desde o SPK (conjunto socialista de pacientes da clínica de

Heidelberg que pregava a insurreição armada),¹⁰ até as máquinas desejantes de Deleuze e Guattari (1972), desde Gentis até Octave ou Maud Mannoni, desde Jervis até Basaglia, desde as experiências inglesas até as denúncias da situação assistencial durante a repressão franquista. Com o surgimento dos processos de reforma psiquiátrica, a antipsiquiatria se converteu rapidamente em um movimento contracultural que questionou a própria doença mental e a psiquiatria. Foi uma crítica global e ideológica desse ramo, como já escrito em outro texto (Desviat, 1990b), a qual serviu para dinamitar os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental.

A antipsiquiatria foi importante, além de suas grandes teses reivindicatórias, pelas contribuições feitas por Laing à fenomenologia existencial, fundamentalmente em *O Eu Dividido*, ao considerar os estados esquizóides como resultado de uma *insegurança ontológica* decorrente de uma constituição defeituosa do eu (que não conseguia conjugar a pluralidade dos papéis que lhe competia desempenhar com a continuidade radical tão própria da experiência pessoal), e ao constatar o caráter social da subjetividade (donde a hipótese da origem social da insegurança ontológica, a qual daria lugar à esquizofrenia). Importantes também foram os estudos sobre as relações familiares (Laing, 1960, 1969, 1971; Cooper, 1967, 1971, 1982; Esterson, 1970), sobre as relações analíticas institucionais (Mannoni, 1970) e sobre as instituições manicomiais, em especial com Basaglia e com os autores da psiquiatria democrática, como em seguida veremos.

A PSIQUIATRIA ANTI-INSTITUCIONAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA

A princípio houve Gorizia, mito fundador da reforma psiquiátrica italiana, experiência a partir da qual tudo começou: do hospital psiquiátrico de Gorizia e de uma figura carismática e precocemente falecida, Franco Basaglia. Em fins de 1961, após 13 anos como médico-psiquiatra em uma clínica universitária, Basaglia foi empossado no cargo de diretor do manicômio da pequena cidade de Gorizia, província na fronteira com a antiga Iugoslávia que contava com pouco mais de 130 mil habitantes. Com um grupo de psiquiatras (Jervis, Slavich, Pirella e Casagrande) transformou o hospital, num primeiro momento, em uma comunidade terapêutica. Posteriormente, consciente das limitações, propôs devolver o doente mental à sociedade, desarticulando a instituição,

o manicômio. “Esta é a ação de subversão institucional que alguns médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeiros e pacientes propuseram e provocaram num hospital psiquiátrico”, escreveu Basaglia (1968, na edição italiana, e na versão espanhola de 1970) em um prolongamento de *L’Istituzione Negata*,

(...) ao colocarem em questão, no plano prático, a própria condição da internação. Baseando-se nas experiências estrangeiras (em particular a inglesa, de Maxwell Jones), eles procederam, mediante críticas sucessivas, à negação da realidade da instituição psiquiátrica, colocando em evidência a posição ambígua de uma comunidade que, como microsociedade, pretendia constituir-se em bases práticas e teóricas opostas aos valores dominantes.

A instituição psiquiátrica, a instituição total, no sentido que Goffmann (1961) lhe deu em *Asylums*, é uma instituição da violência que tem por fim a invasão sistemática do espaço pessoal do doente. Nas palavras de Basaglia (1970: 156), um imenso receptáculo cheio de corpos que não podem vivenciar a si mesmos e que ali estão “à espera de que alguém os ocupe” para fazê-los viver de outra maneira – na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva ou na histeria: definitivamente coisificados. Logo ficaram para trás as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas diante da luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses. A prática psiquiátrica converteu-se em uma ação política. O psiquiatra, testemunha da exceção da realidade criada, “pode ser cúmplice ou ativista na destruição dela”, numa paráfrase de Basaglia a Jean-Paul Sartre no prefácio do magnífico livro do psiquiatra Frantz Fanon (1961), intitulado *Os Condenados da Terra*. Nem vítimas, nem carrascos. Éramos todos cúmplices.

Foram tempos de mudança. Na Itália, a tradicional fórmula de governo de centro-direita deu lugar, em 1962, com o governo presidido por Aldo Moro, a governos de centro-esquerda, os quais ensaiaram a promoção de reformas sociais fazendo frente a grandes temas pendentes: a descentralização administrativa, a escola e a saúde. No panorama internacional havia Kennedy, João XXIII, Khrushchov, o Black Panther Party, a Internacional Situacionista, a utopia dos filósofos da Escola de Frankfurt e a Guerra do Vietnã.

Nesse contexto, as regiões de Nocera Superiore e Perugia, além de Gorizia, deram início a processos de denúncia e mudança da situação manicomial italiana. Em princípio, era um movimento de humanização e transformação do hospital psiquiátrico, “da comunidade terapêutica, etapa provisória que deve ser negada, de maneira que a ação possa ser levada para fora, para a própria sociedade, onde funcionam os mecanismos originários de marginalização do doente mental” (Basaglia, 1970). No fim dos anos 1960 ele deu lugar a um amplo movimento sustentado por numerosas organizações de base: o movimento estudantil – importantíssimo para a década – e o dos sindicatos de trabalhadores. Foi um movimento aglutinado por um lema radical: um *redondo não* ao manicômio.

A reprovação dos manicômios uniu-se à crítica a todas as instituições de marginalização: os reformatórios, os presídios, os albergues da assistência social e também as instituições que sustentavam a fachada ideológica e moral do sistema social – a família, a escola e a fábrica. Mas essa reprovação ligou-se, acima de tudo, a uma sociedade civil rica e ativa como era a italiana dos anos 1960 e 1970, à reivindicação premente de uma reforma sanitária que instaurasse um sistema nacional de saúde universal e equitativo, nos moldes do britânico. O *Processo contra o Manicômio* (título com que foram compiladas as atas do histórico Congresso de Psiquiatria Social realizado em 1964, em Bolonha) chegou prontamente a uma conclusão, uma vez conquistada a cidadania por um movimento inserido nas lutas sociais. A sociedade italiana condenou o manicômio por meio da lei n.180, de 1978, que decretou sua extinção.

No sentido mais formal do termo, de acordo com Piro (1979), uma lei do Estado pôs fim, em maio de 1978, à psiquiatria alternativa italiana, pois o conjunto de objetivos e práticas que ela propunha converteu-se automaticamente em prescrição jurídica do Estado italiano. Vazio teórico, perda de identidade constatada por Basaglia (1979): a luta contra os hospícios não podia ser a identidade do movimento. A cultura da reforma tinha que ampliar suas metas. Surgiu um amplo debate – presente desde o fim dos anos 1960 no núcleo originário de Gorizia – com seus dissidentes, os ortodoxos da negação, seus traidores e seus hereges.

Consolidada a reforma em termos administrativos, houve um aspecto, inicialmente colocado entre parênteses, que voltou a ser prioritário. Era impossível ignorar os estados de crise pessoal, de sofrimento psíquico, por mais que se fornecesse uma explicação social do sofrimento. Jervis foi um dos primeiros a formular esse problema.

Todo ‘bom’ revolucionário, sabendo a que ponto pode ser mistificadora a própria ideia de psicologia ou psiquiatria, gostaria, quem sabe, de explicar e modificar toda a realidade com o auxílio de instrumentos políticos objetivos, esquivando-se da psicologia e do sujeito: mas o fato é que nunca o consegue. (Jervis, 1978: 120)

A ideia jervisiana da necessidade de partilhar alguns instrumentos técnicos (submetendo-os a uma crítica teórico-prática) partiu da convicção de que não bastava remeter à crítica marxista da economia política, à análise maoísta das contradições ou ao compromisso revolucionário para resolver, no trabalho psiquiátrico, determinados problemas teóricos ou práticos.

Alguns sustentavam que o único problema residia em destruir os hospitais psiquiátricos e que as questões concernentes ao tratamento não precisavam, em absoluto, ser levadas em conta, nem tampouco as da organização dos serviços, da preparação e atualização científicas etc. (Etxebarria, 1986)

Há algum tempo Franco Rotelli afirmou que na experiência de Trieste, iniciada por Basaglia em 1971, não se defendeu a suspensão do tratamento quando assim fosse necessário, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender e tratar a loucura. “A negação da instituição”, escreveu Rotelli,

(...) não era a negação da doença mental nem da psiquiatria, nem tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa que se relacionava com a recusa do mandato outorgado pela sociedade aos psiquiatras para que eles isolassem, exorcizassem e anulassem os sujeitos à margem da normalidade social.¹¹

Nas palavras de outro protagonista da reforma italiana, Giuseppe Dell’Acqua, a experiência de Trieste levou à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional. Demonstrou assim ser possível a constituição de um *circuito* de atendimento que, ao mesmo tempo que oferecia e produzia cuidados, proporcionasse e gerasse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência psiquiátrica (Dell’Acqua *et al.*, 1987 *apud* Rotelli, 1992).

A lei n.180

Em 1973, constituiu-se o movimento Psiquiatria Democrática, plataforma basagliana que pretendia estender a reforma a todo o Estado italiano. O Partido Radical propôs um plebiscito para a revogação da legislação psiquiátrica em vigor. Por iniciativa do Estado, formou-se uma comissão para rever a lei de 1904. A lei n.180 (aprovada em maio de 1978) adotou normativamente o que constituía a precondição do processo desinstitucionalizador: o fechamento dos manicômios e a criação de serviços alternativos na comunidade. Tal lei estabeleceu que:

- Não poderia haver novas internações em hospitais psiquiátricos a partir de maio de 1978; também não poderia haver nenhum tipo de internação a partir de dezembro de 1981. Proibiu-se a construção de novos hospitais psiquiátricos.
- Os serviços psiquiátricos comunitários, os serviços territoriais, deveriam ser criados para determinadas áreas geográficas e trabalhar em estreito contato com as unidades de pacientes internados, a fim de garantir um atendimento contínuo. Poderiam dispor de unidades psiquiátricas, com um número de leitos nunca superior a 15, nos hospitais gerais, onde seriam realizadas todas as internações, tanto voluntárias quanto forçadas.
- Aboliu-se o estatuto de periculosidade social do doente mental. Nos casos de tratamento obrigatório, estabeleceu-se que um juiz deveria tutelar a salvaguarda dos direitos civis dos pacientes. A internação obrigatória, diante de uma recusa de tratamento, em casos de necessidade terapêutica urgente, poderia ser autorizada por dois médicos, pelo prefeito ou por um representante seu. Essa internação estaria sujeita a uma revisão judicial depois de dois e após sete dias, contando com grande variedade de recursos para apelações.

É evidente que tal lei proporcionou instrumentos valiosíssimos para a reforma. Paralelamente, estabeleceu medidas concretas e operacionais, embora, sem dúvida, provocasse muitas dinâmicas de conflito e transformação. Como disse seu inspirador, Franco Basaglia (a lei também é conhecida por seu nome), “por sua lógica interna, pelas características com que funciona, essa lei cria mais contradições do que as resolve. Mas isso, como vemos, não significa que seja uma lei ruim, muito pelo contrário” (Rotelli, De Leonardis & Mauri, 1987).

De Salvia registrou a diminuição de 30% dos leitos manicomialis entre 1978 e 1981, com uma redução de cerca de 44% das internações. E enfrentou

duas das maiores críticas feitas à reforma italiana (na realidade, feitas a todas as reformas psiquiátricas, como veremos em capítulo próximo): a pretensa criminalização dos pacientes psiquiátricos e o aumento dos suicídios. Esse mesmo autor assinalou ainda que o número de internações nos hospitais psiquiátricos judiciários passou, de 1976 a 1981, de 623.540 para 645.507 – crescimento pouco significativo –, tendo afirmado não ter havido aumento do número de suicídios por doença mental. Quanto às clínicas particulares, De Salvia (1986) ressaltou que seus leitos também haviam diminuído nesse setor a partir de 1978.

Tansella e Williams (1987) apontaram os seguintes traços característicos do modelo italiano de psiquiatria comunitária:

- O desaparecimento dos hospitais psiquiátricos foi entendido como um processo gradativo (mediante a não realização de novas internações mais do que a saída de pacientes crônicos das instituições).
- Os novos serviços foram projetados mais como alternativos que como complementares ou adicionais aos hospitais psiquiátricos.
- A psiquiatria hospitalar é que tinha que ser complementar ao serviço de atendimento comunitário, não o inverso.
- Tinha que haver uma integração completa entre os diferentes serviços, dentro das diferentes áreas geográficas que serviam de marco para o tratamento psiquiátrico. Uma mesma equipe deveria ministrar os serviços domiciliares, ambulatoriais e de internação. Esse modelo de serviço de saúde facilitava a continuação do atendimento e o apoio a longo prazo.
- Tinha que haver um interesse especial em apoiar o trabalho das equipes interdisciplinares, as visitas domiciliares e as intervenções em momentos de crise, além de um acesso facilitado aos centros de saúde mental.

Essa é uma reforma que, como nos demais países, teve e continua a ter um desenvolvimento muito desigual, conforme cada região. Há uma importante crítica à ausência ou à insuficiência de recursos alternativos. Somente nas regiões mais ricas, no norte da Itália, é que se conta com os dispositivos necessários. O núcleo primitivo basagliano se mantém em Trieste, em torno de Rotelli e Dell'Acqua, onde se desenvolveu uma ampla rede de serviços com atenção especial para o atendimento à cronicidade, tanto no espaço de acolhida como na reabilitação por meio do trabalho.

A proposta socio sanitária dos centros de saúde mental triestinos, abertos 24 horas por dia e encarregados dos serviços médicos ambulatoriais, hospitalização

breve, centros de tratamento-dia, hospital noturno, alimentação e serviços de assistência social criou as possibilidades de fechamento dos hospitais psiquiátricos sem que houvesse um abandono da população crônica. Entretanto, a Empresa Social de Trieste, com suas cooperativas de pacientes, forneceu resposta a um dos maiores problemas da reinserção social, do atendimento à cronicidade psiquiátrica, convertendo-se num dos maiores sucessos da experiência italiana. Ela representou o salto radical da benemerência para o mundo do trabalho normalizado, ainda que protegido. Eis como a explicaram Pittuco & Rotelli (1994), em artigo conjunto:

(...) o que nos doía era a destruição dos recursos destinados aos usuários dos serviços beneficentes (deficientes, idosos, loucos, desempregados, marginais etc.), apesar de se tratar de recursos residuais. A tarefa da redistribuição é imensa, como também o é a modificação da cultura dos órgãos beneficentes e dos milhares de operadores que se reúnem neles. As formas de utilização de recursos enormes, distribuídos de tal modo que seu rendimento vem a ser nulo, e de proteger a invalidez, em vez de valorizar, ativar, animar, estimular ou fazer, continuam sendo imensas. A distância entre o mercado de trabalho e a assistência beneficente pode ser salva pelos empresários, mas pode sê-lo, acima de tudo, em se começando a modificar as culturas e práticas do mundo dos usuários da assistência beneficente, assim como do mundo multifacetado daqueles que fornecem a citada beneficência.

Trata-se de mobilizar as energias, mesmo residuais ou mínimas, por meio de alianças que desloquem os recursos imobilizados do setor público, os recursos retirados pelo setor público, para uma empresa social.

Uma empresa social que significa “um saber complexo, que deve permitir a construção de um campo de solidariedade, de promoção de uma produtividade, para quem estava excluído” (Dias Barros, 1994: 104). É preciso, de acordo com Rotelli, criar campos de intercâmbio entre as partes mais empobrecidas e as mais ricas da sociedade (seja em termos culturais, sociais ou econômicos), construindo um novo pacto social, uma nova ética em cujo espaço seja possível reciclar tudo o que seria desprezado na lógica de uma ordem excludente. Trata-se de modificar substancialmente a lógica assistencialista, a falta de autonomia e a dependência da prestação habitual de serviços sociais.

Em Trieste, quando Franco Basaglia começou a trabalhar, havia 1.200 pacientes. Na época, como nos recordam Pittuco e Rotelli no citado artigo, pôs-se em funcionamento a Cooperativa Lavoratori Uniti [Trabalhadores Unidos] para

transformar os trabalhos não remunerados dos pacientes, dentro do hospital psiquiátrico, numa relação contratual entre a sociedade cooperativa e a administração hospitalar.

O hospital psiquiátrico foi posteriormente substituído por sete centros de saúde mental, uma unidade de emergências no hospital geral e dezenas de casas espalhadas pela cidade. Em setembro de 1993, as sociedades cooperativas do consórcio tinham duzentos membros/empregados, metade deles problemáticos, para fins de cooperação social: pacientes mentais, viciados em drogas, ex-presidiários. Além disso, cem pessoas procedentes de áreas de marginalização social contavam com estágios de formação profissional nas referidas empresas (essas trezentas pessoas representavam 0,3% de todo o mercado de trabalho de Trieste).

Depois de muitos anos após o início da experiência basagliana, entrar no velho manicômio de Trieste, o Ospedale S. Giovanni, e percorrer os amplos espaços onde antigamente era enclausurada a loucura, produziu – derrubados os muros e recuperados os pavilhões para uso sanitário, profissional, educativo e cívico – uma agradável sensação de bem-estar, de triunfo. Ainda mais quando se teve a sorte de ficar morando, durante esse período, em um pequeno e bonito hotel, o Tritone, às margens da baía de Trieste – administrado por uma das cooperativas de pacientes –, de poder ter almoçado em um de seus restaurantes ou de ter podido passear de bicicleta alugada pela empresa social de serviços de saúde mental de Trieste. Tem-se então a convicção de que, à parte suas contradições e além da ocasional precariedade de seu discurso teórico, Trieste encerrou com êxito uma página da história da psiquiatria na Itália e da história universal do manicômio.

3

OS PRIMEIROS MOVIMENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA (II)

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA NOS ESTADOS UNIDOS

Na década de 1980, os Estados Unidos dedicavam a sua população de 230 milhões de habitantes uma porcentagem do produto interno bruto (PIB) 11% superior à de qualquer outra nação. Entretanto, não existia uma cobertura universal ou um sistema nacional de seguros comparável ao das sociedades europeias. Naquele país, era preciso ter mais de 65 anos, ou ser reconhecido como indigente, para que o indivíduo pudesse se beneficiar de tratamento médico gratuito, o qual, apesar de tudo, muitas vezes era parcialmente medíocre (Castel, F., Castel, R. & Lovell, 1979).

Na época, o governo Reagan propôs tornar rentáveis os investimentos em saúde para um complexo industrial do setor, à custa do abandono de toda a responsabilidade estatal pela saúde. Noam Chomsky assinalou, como uma das características do programa de Reagan, a transferência de recursos dos pobres para os ricos.¹² As consequências disso, em termos do desespero social, foram e são evidentes.

Não existe política de saúde pública nem utilização da epidemiologia no sistema sanitário dos Estados Unidos, dominado pelos interesses das grandes instituições de tratamento e por um atendimento centralizado no poder aquisitivo do indivíduo, do usuário. O atendimento sanitário nos Estados Unidos estava condicionado ao universo dos seguros. Seguros de saúde que, em geral, constituem cobertura para os serviços hospitalares.

O sistema de previdência social norte-americano é de introdução tardia (1889, na Alemanha; 1908, na Grã-Bretanha; 1920, na França) e presta uma assistência escassa e incompleta – pensões por aposentadoria, viuvez, orfandade e invalidez. Só passou a fornecer cobertura de saúde em 1965,¹³ ano em que foram criados os dois seguros públicos: o Medicaid, programa federal-estatal para os pobres – embora só metade da população que o governo considera pobre seja incluída nesse seguro –, e o Medicare, programa federal para idosos e inválidos. Este último paga aos hospitais – não dispõe de centros de atendimento próprios – por Grupos Correlatos de Diagnóstico (os GCD), sistema que prevê a duração da estada hospitalar no caso de certos diagnósticos. O hospital não é pago pelos serviços prestados no caso de ultrapassar o prazo prefixado de internação.¹⁴ “Também é estimulada”, segundo Phillips W. Robbins, professor de saúde pública da Universidade de Boston,

a captação de pacientes ‘sadios’ que possam receber alta rapidamente, assim permitindo que o hospital seja pago a mais do que a estada real. Esse e outros programas de contenção de custos podem estimular a futura exclusão dos segurados menos atraentes. (Robbins, 1991: 169)

Existem dois modestos programas de saúde pública: um para atendimento a populações específicas – pobres, tuberculosos, portadores de doenças venéreas, viciados em drogas e alcoólatras, e ainda os serviços de vacinação e o atendimento à saúde mental – e outro de proteção pública contra os riscos ambientais. Na citada análise da saúde norte-americana, Robbins (1991: 169) expõe uma opinião, aliás, universal, sobre o atendimento psiquiátrico: “Os serviços públicos de saúde mental sempre atuaram, em primeiro lugar, no sentido de proteger a sociedade dos perigos e incômodos causados pelos *loucos*, e apenas secundariamente para proteger e curar as pessoas afetadas”.

A Aids poderá mudar a futura evolução do sistema sanitário e dos programas de saúde pública, por seu tremendo impacto social e pelo custo dos tratamentos. Em San Francisco, Nova York e outros centros da epidemia, aumentou a demanda de leitos. As companhias de seguros pretendem excluir de sua política de atendimento os custos catastróficos resultantes da Aids. Alguns médicos e outros profissionais também se rebelaram, recusando o atendimento a esses pacientes. Referindo-se ao sistema de saúde norte-americano, Talbott (1985) considerou-o um não sistema:

Temos hospitais, clínicas, serviços infantis e programas estatais contra drogas e alcoolismo; hospitais municipais e dos condados, com outros programas do mesmo nível; temos hospitais comunitários, clínicas independentes, centros de reabilitação psicossocial etc., tudo isso coexistindo sem nenhum planejamento global.

No mesmo artigo, afirma ainda:

O dinheiro não acompanhou os pacientes mais necessitados nem os quadros comunitários, e os sistemas de financiamento discriminam os doentes mentais, especialmente os crônicos. O Medicare favorece a internação, e o pagamento pelos GCD discrimina os pacientes crônicos. Há uma tendência a investir nos serviços mais rentáveis e a reduzir o pessoal...

Isso tudo acontece num país onde os seguros privados (existiam mais de mil) cobriam 85 milhões de pessoas em apólices individuais e 24 milhões em apólices de grupo.

O presidente Bill Clinton, em sua gestão, comprometeu-se a fazer uma reforma sanitária que desse cobertura universal à população. A proposta defendida por ele e Hillary Clinton foi, inicialmente, a então chamada Enthoven, que previa a criação de patrocinadores públicos e privados que pactuariam os serviços de saúde com os provedores existentes no mercado. Uma espécie de concorrência supervisionada. O programa norte-americano acabou adotando o projeto do senador George Mitchell, de menor compromisso econômico para as empresas, embora mantenha a universalização.

As resistências encontradas, entretanto, foram ilustradas por uma notícia informando sobre a decisão da International Business Machines (IBM) de mobilizar seus empregados contra a reforma sanitária:

A diretoria da empresa norte-americana IBM exortou seus 110 mil trabalhadores do país a lutarem contra a reforma sanitária propugnada pelo presidente Bill Clinton e pelo Partido Democrata. Essa proposta é considerada a primeira a ser feita por uma empresa cuja tradição, até o momento, fora a de se manter à margem da política em sua relação com os empregados. A sugestão foi enviada por intermédio de um comunicado interno aos diferentes departamentos da empresa. (*El País*, 20 ago. 1994)

A postura da IBM é representativa da oposição frontal à reforma sanitária por parte de muitas firmas grandes (empresas e companhias de seguros), até hoje

controladoras da prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos. Contudo, sejam quais forem as dificuldades do governo, ele e a sociedade norte-americana terão que organizar uma saúde pública que ofereça cobertura universal, mesmo que os serviços prestados sejam os básicos. À parte a aposta política da dupla da Casa Branca, o sofrimento social e a perda de legitimidade social do Estado são demasiadamente elevados na situação atual.¹⁵

○ atendimento à saúde mental

Os traços característicos do modelo de saúde mental dos Estados Unidos, para Freedman (1991), são o pluralismo, o pragmatismo, a ênfase nos objetivos a curto prazo, a veneração pela mudança, as grandes diferenças institucionais nos diversos estados e a segmentação por raça, condição econômica e procedência social.

Nos primórdios da época colonial, o louco era identificado com os criminosos e os pobres. Em algumas comunidades, enfiava-se um grupo de pacientes em uma diligência, no meio da noite, e esta era largada na praça de alguma comunidade distante, à maneira da *nau dos loucos* europeia. Mais frequentemente, quando eram violentos, os indivíduos eram metidos nos cárceres. Quando não se mostravam violentos, eram enviados para o asilo de pobres, os albergues de caridade. Outros ficavam vagando pelo campo.

O movimento em prol da criação de instituições especiais – os hospícios ou manicômios instaurados pelos alienistas franceses e ingleses – disseminou-se prontamente pelos Estados Unidos, por meio de instituições particulares (o Friend's Asylum, em Frankford, na Pensilvânia, em 1917, e o Bloomingdale Asylum de Nova York, em 1921) que seguiram o modelo do *retiro*¹⁶ e o tratamento moral de Pinel.

Em 1843 havia 24 hospitais públicos, com 2.561 leitos. Nessa época, Dorothea Dix, professora que se converteu em figura mítica – a quem se atribui a criação de um hospital psiquiátrico em cada estado (o mais famoso dos quais o Hospital Federal de Sta. Isabel [St. Elizabeth's Federal Hospital], em Washington, aberto em 1856) –, iniciou uma campanha humanitária que buscava a criação de serviços adequados, procurando sensibilizar a população para a ideia de que os doentes mentais não eram criminosos nem idiotas. Expondo as ideias de Dorothea Dix, o psicanalista inglês John Carl Flügel escreveu:

A loucura, a debilidade mental e a criminalidade são estados que convém diferenciar com clareza, e cujo enfoque prático deve ser regido por princípios separados e distintos. Somente a segregação desses três grupos de pessoas é que fez com que os problemas peculiares a cada um deles sobressaíssem a ponto de chamar a atenção. Dessa maneira, o tratamento do louco, do débil mental e do criminoso passaram a ser objeto de um estudo especial, com seus métodos próprios. (Flügel, 1948: 110)

O atendimento psiquiátrico institucionalizou-se: em 1869, inaugura-se em Nova York o Willard Asylum, com 1.500 leitos; em 1955, o Pilgrim Hospital de Long Island tinha 14 mil pacientes.

Constatou-se que era possível manter grandes grupos de pacientes de maneira mais econômica. Essa consideração, mais do que o bem-estar dos pacientes, foi o que determinou a política dos corpos legislativos. (Zilboorg & Henry, 1941 apud Freedman, 1991). [Henry é historiador da psiquiatria]

O movimento de higiene mental

O movimento de higiene mental originou-se nos Estados Unidos graças às ideias de Adolf Meyer e Clifford W. Beers, ex-paciente que propôs a passagem do atendimento individualizado por prazo determinado para um atendimento dirigido a toda a comunidade e por prazo indefinido, identificando os objetivos da psiquiatria com os da saúde pública. Em 1908, Beers, que estivera internado por três vezes em hospitais psiquiátricos, publicou um livro – *A Mente que Encontrou a Si Mesma* (Beers, 1908) – que comoveu a opinião pública.

Em 1909, criou-se em Nova York o Comitê Nacional de Higiene Mental, atual Associação Nacional de Saúde Mental, movimento que se opunha às formas custodiais de atendimento. Defendendo um tratamento na comunidade, em pouco tempo ele se estendeu a outras cidades dos Estados Unidos e do restante do mundo (na Espanha, fundou-se a Liga de Higiene Mental em 1927, por iniciativa de José Germain). Entretanto, houve poucas mudanças na assistência psiquiátrica norte-americana até após o término da Segunda Guerra Mundial, afora a criação, em 1930, de uma Divisão de Higiene Mental no Ministério da Saúde Pública.

O projeto Kennedy e os centros de saúde mental comunitária

“Proponho um programa nacional de saúde mental, a fim de contribuir para que, mais adiante, atribua-se ao tratamento do doente mental uma nova importância, e para que ele seja visto por um novo prisma”, disse o presidente Kennedy em sua Mensagem sobre a Doença e o Retardo Mentais, em 5 de fevereiro de 1963, no Congresso dos Estados Unidos da América, anunciando o que se considerou constituir uma revolução na psiquiatria norte-americana. Tratava-se de um novo programa de saúde mental em que a assistência comunitária deveria ter um papel central:

Se nos limitarmos a destinar mais verbas federais para continuar com o tipo de assistência institucional anacrônica que prevalece atualmente, a diferença será pequena (...). Os governos de todos os níveis – federal, estadual e municipal –, as fundações particulares e os cidadãos devem enfrentar igualmente suas responsabilidades nesse campo. (Kennedy, 1963: 2)

O projeto apresentado à Câmara dos Deputados chamou-se Community Mental Health Centers Act of 1963 e propôs a criação, em escala nacional, de “serviços para a prevenção ou o diagnóstico da doença mental, para a assistência e tratamento dos doentes mentais e para a reabilitação dessas pessoas” (Kennedy, 1963: 19). Com essas palavras do presidente Kennedy concluíram-se os esforços de diversas comissões de estudo, psiquiatras, legisladores, associações civis e de uma opinião pública sensibilizada para a situação do atendimento prestado aos doentes mentais, que, desde o término da Segunda Guerra Mundial, vinham pedindo sua transformação.

Os antecedentes legislativos desse projeto estavam na criação do National Institute of Mental Health [Instituto Nacional de Saúde Mental], em 1946, e no Mental Health Study Act [Lei de Estudo da Saúde Mental] de 1955, que constituiu a Joint Commission on Mental Illness and Health [Comissão Conjunta sobre Doença e Saúde Mentais]. A sensibilidade social para com esse tema encontra-se em livros como *The Mentally Ill in America*, de Albert Deutsch (publicado em 1937), e em filmes como *The Snake Pit*, de Anatole Litvak (lançado em 1948 e intitulado *A Cova da Serpente*, no Brasil). É preciso considerar que após a Grande Depressão o governo e o Congresso dos Estados Unidos aceitaram, pela primeira vez, a responsabilidade relacionada aos: desempregados, à falta de moradia e aos problemas de saúde.

“O grande hospital psiquiátrico está antiquado, defasado, e vem-se tornando rapidamente obsoleto”, declarou em 1958 o presidente da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, Harry C. Solomon, segundo Freedman (1991), para quem,

é importante destacar, embora isso tenha sido lamentavelmente esquecido, que as críticas ao hospital estatal dos anos 1940 e 1950 provinham de todos os setores, de boa parte da opinião pública, de empresas governamentais e de membros da Associação Norte-Americana de Psiquiatria.

Havia um claro consenso em prol da redução do número de leitos dos hospitais psiquiátricos – que em 1955 chegavam a seiscentos mil, tendo passado para 120 mil em 1990 – e da busca de alternativas comunitárias.

Os princípios que nortearam o trabalho dos Centros de Saúde Mental Comunitária foram a acessibilidade (localização conveniente e, se necessário, descentralização dos serviços); informações adequadas à população-alvo sobre a existência e as características dos diferentes programas; gratuidade; disponibilidade; ênfase na prevenção da doença; levantamento das reais necessidades de toda a população e não apenas dos que já recebiam tratamento; abordagem eclética e utilização de qualquer tratamento útil; responsabilização do governo perante o doente e sua família.

Os serviços essenciais que todos os centros de saúde mental tinham que proporcionar, para uma população entre 75 mil e 200 mil habitantes, eram: os atendimentos de emergência e a hospitalização, durante 24 horas por dia, todos os dias da semana; a hospitalização parcial, as consultas externas e a educação da comunidade. Em 1975, foram acrescentados os seguintes programas: infantil, gerontopsiquiátrico, de avaliação e acompanhamento dos pacientes internados no hospital psiquiátrico estatal de referência, as casas de transição, os referentes ao alcoolismo e à dependência de drogas e, por fim, o sistema de avaliação dos programas.

Nos anos 1950, os pacientes mentais encontravam-se em hospitais estatais magnificamente cuidados por pessoal competente, e todo mundo estava satisfeito. Então chegaram alguns psiquiatras de formação acadêmica, inexperientes e ignorantes, e o governo, juntamente com juristas de orientação antipsiquiátrica, libertários civis e políticos ambiciosos, durante o governo Kennedy, concebeu a Lei dos Centros Integrados de Saúde Mental Comunitária, que foi formulada como uma alternativa para a hospitalização, uma

vez que todos os pacientes poderiam ser atendidos nesses centros de saúde mental comunitária, até então inexistentes. Ato contínuo, abriram-se as portas das instituições mentais e, assim, agora vemos multidões de doentes mentais sem teto, vagando por nossas ruas. (Freedman, 1991)

Essa é, para Freedman, a ideia que comumente se faz dos centros comunitários. O fato é que o desenvolvimento da lei exigia a criação de cerca de dois mil centros, mas, destes, fundaram-se apenas uns seiscentos. No entanto, logo se comprovou que o funcionamento de tais centros era inviável sem um sistema nacional de saúde. Comprovou-se também a falta de respostas técnicas para a cronicidade, mas isso é tema de outro capítulo.

A psiquiatria preventiva de Gerald Caplan

As ideias de prevenção, risco e população de risco constituem, juntamente com a teoria da crise, os elementos conceituais da psiquiatria preventiva ou comunitária. Gerald Caplan desenvolveu um modelo conceitual para esse tipo de psiquiatria, extraíndo categorias epidemiológicas e de saúde pública. Em seu famoso livro *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, originalmente publicado em Nova York, em 1962, e traduzido para o castelhano em 1966, ele escreve que “A expressão ‘psiquiatria preventiva’”

refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, tanto teóricos quanto práticos, passíveis de ser utilizados para planejar e executar programas destinados a reduzir, em primeiro lugar, a frequência de toda sorte de distúrbios mentais na comunidade (‘prevenção primária’); em segundo lugar, a duração de um número significativo dos distúrbios observados (‘prevenção secundária’) e, por último, a deterioração que pode resultar desses distúrbios (‘prevenção terciária’). (Caplan, 1966: 43)

Experimentou-se um modelo de atendimento de saúde mental que transcendesse o atendimento exclusivamente centrado no sujeito doente, sede individual da patologia, para projetá-lo na comunidade, procurando produzir mudanças positivas em suas instituições: asilos, colégios, centros de trabalho e a própria sociedade civil, com o propósito de modificar os fatores predisponentes à doença e possibilitar um bem-estar maior ou, ao menos, a informação necessária para tal fim (Desviat, 1982).

Era uma atividade nos três níveis clássicos de atuação sanitária, que, embora centralizando as ações especializadas da psiquiatria na prevenção

secundária e terciária, insistia na participação desses profissionais (com as equipes de saúde e outros trabalhadores comunitários) em programas gerais de promoção da saúde e na atuação seletiva em grupos de risco. Tais atividades eram preferencialmente dirigidas a grupos populacionais, famílias ou indivíduos cuja maior exposição aos fatores de risco (agentes infecciosos e ambientais, hábitos de vida e acontecimentos sociais, culturais e psicológicos) tornava-os mais vulneráveis a *se deteriorar*, adoecer ou sofrer as complicações de um processo patológico. Sua ideia de *subsídios fundamentais* baseava-se na hipótese de que, para não sofrer de distúrbios mentais, a pessoa precisava de subsídios contínuos, adequados às diversas etapas do crescimento e do desenvolvimento.

Em outras palavras, Caplan considerava que as variedades de distúrbios mentais nas diferentes populações estavam relacionadas a fatores contrastantes, positivos (subsídios) ou negativos (fatores ou práticas de risco). O trabalho preventivo consistia em identificar esses fatores, para corrigi-los em um sentido positivo. Ele os dividia em dois tipos: os que exerciam uma influência contínua no desenvolvimento da personalidade (subsídios necessários) e os que intervinham de forma circunscrita ou pontual em situações de desequilíbrio (crises). Tratava-se dos *acazos da vida* que implicam repentina perda dos subsídios básicos, das ameaças de perda ou das grandes exigências associadas à oportunidade de se obterem maiores subsídios. Caplan classificou esses subsídios em:

- *Subsídios físicos*: alimentação, moradia, estimulação sensorial, possibilidade de exercício físico etc.
- *Subsídios psicossociais*: estimulação do desenvolvimento intelectual e afetivo. Satisfação de necessidades interpessoais: intercâmbio amoroso e afetivo. Necessidades de limitação e controle (afirmação e apoio da autoridade). Necessidade de participação em atividades coletivas: escola, trabalho.
- *Subsídios socioculturais*: influências exercidas no desenvolvimento e funcionamento da personalidade pelos costumes e papéis da cultura e da estrutura social. Cultura grupal, valores e tradições. As comunidades desorganizadas constituiriam situações de risco elevado para a saúde mental.

O oposto desses subsídios eram os amplos conjuntos de fatores de risco. Em um relatório do Conselho Europeu (1988) sobre Promoção da Saúde Mental de Grupos Vulneráveis estabeleceu-se uma série de grupos de risco por

faixas etárias. Nestes, podemos observar que o abuso de drogas (psicotrópicos, substâncias inalantes, álcool, heroína) era o primeiro fator de risco tanto para jovens e adultos quanto para a terceira idade, seguido pela vida solitária, pela deficiência física ou mental, pela indigência, pela condição de imigrante e de sem-teto e ainda, nas mulheres, pelas gestações indesejadas e pelo aborto.

Crise e intervenção em crise

Em 1967, Langsley e Kaplan montaram um modelo de aplicação clínica da teoria da crise (experiência de Denver) que seria rapidamente adaptada pela psiquiatria norte-americana: a intervenção em crise. Surgiram os *crisis centers*, que constituíam uma alternativa à hospitalização tradicional e ficavam situados nos hospitais gerais, nos centros de saúde mental comunitários, nas estruturas médico-sociais de tipo preventivo ou como atuações em pontos da população urbana considerados de risco.

O modelo de intervenção em crise proposto por Langsley e Kaplan consistia em:

- Identificação dos grupos e setores da população passíveis de se encontrar nas chamadas situações de alto risco.
- Avaliação da pessoa, do contexto situacional e dos supostos fatores precipitantes ou condicionadores da crise. Não se tratava de procurar um diagnóstico, mas de avaliar a conduta e os sentimentos configuradores da crise, bem como a possibilidade de certos atos, como o suicídio.
- Planejamento da atividade terapêutica de modo a favorecer uma rápida resolução da crise, ou, ao menos, a situar o sujeito num nível de funcionamento que lhe permitisse buscar, posteriormente, soluções mais profundas.
- A intervenção propriamente dita concentrava-se em ajudar o sujeito a entrar em contato com os sentimentos ocultos por trás da fenomenologia da crise, e em ajudá-lo a aceder a um conhecimento intelectual do significado dela.
- Depois da resolução da crise, fazia-se uma nova avaliação e, se necessário, um planejamento da atividade terapêutica subsequente.

Apoiando-se no estudo de catástrofes civis, movimentos migratórios e alterações provocadas pela aposentadoria profissional, Tyhurst (1958) enunciou três etapas:

- fase de impacto: medo, agitação e sofrimento;

- fase de retraimento: o sujeito manifesta suas próprias formas de reação, muitas vezes acompanhadas por uma perda da autonomia e por comportamentos infantis;
- fase pós-traumática: conscientização, conforme os recursos de que o sujeito disponha.

Para Cooper (1982), que estudou as crises no contexto dos serviços de emergência, a fase de impacto costuma ser de curta duração. Nela, o sujeito procura assimilar a *sobrecarga mental* imposta pela conscientização de um elemento estranho a sua experiência do dia a dia – em geral, perdas imprevistas. Essa tomada de consciência pode ser imediata, fazendo-se acompanhar de medo, cólera ou pena, de uma forma manifesta, ou de uma debilitação das percepções; mais tarde, o sujeito frequentemente se descobre estupefato ou incrédulo. Na fase de retraimento, o sujeito se conscientiza das consequências do acontecimento, costuma afastar-se de seu contexto social normal, manifesta uma evidente angústia e se mostra inquieto, agitado, sem objetivos nem eficiência. Depois disso, pode adaptar-se, o que é acompanhado por lembranças traumáticas, sintomas crônicos e o risco de uma dependência crônica de atendimento ou proteção.

A origem das pesquisas sobre as crises situa-se em Lindemann (1944), que nesse mesmo ano de 1944 estudou as reações de luto dos sobreviventes do incêndio de um clube noturno e elaborou os fundamentos da *teoria da crise* como um esquema conceitual para a psiquiatria preventiva, tendo estabelecido que as possíveis sequelas psicopatológicas da superação doentia de uma crise de aflição poderiam ser prevenidas mediante intervenções que ajudassem a elaborar um luto adequado.

Caplan complementou esse modelo, tomando como ponto de partida as *crises evolutivas e acidentais* descritas por Erikson em 1950, e definindo a crise como um breve período de desequilíbrio, numa pessoa confrontada com situações que constituem um problema do qual ela não pode fugir e o qual não pode resolver com seu equipamento defensivo habitual (Caplan, 1966). A crise seria um período transitório que tanto representa uma oportunidade para o desenvolvimento da personalidade como o perigo de um desequilíbrio psíquico maior, cujo desenlace depende do manejo que se faça dela.

Caplan mostrou-se devedor não apenas de Lindemann e Erikson, mas também das pesquisas do Programa de Saúde Mental Comunitária da Escola de Saúde Pública de Harvard sobre as reações dos pais ao nascimento prematuro

(Caplan, Mason & Kaplan, 1965), sobre a reação dos casais jovens às dificuldades do compromisso, à primeira etapa do matrimônio e ao nascimento do primeiro filho (Rapoport, 1963) e ainda sobre os trabalhos de Grete Bibring – presidente da Sociedade Psicanalítica de Boston – a respeito da psicologia da gravidez, sendo esta apresentada como uma crise evolutiva em cujo transcurso ocorrem importantes mudanças da personalidade.

Esses psicanalistas tinham uma vocação para o trabalho na prestação de serviços públicos e exerceram poderosa influência, em especial a partir da *psicologia do ego*, na construção do modelo comunitário. Nessa época, a influência da psicanálise na psiquiatria e na saúde mental foi muito importante, assim como aconteceu na França. Trata-se de uma relação entre a psicanálise e a psiquiatria pública que talvez cause estranheza na Espanha, onde, salvo raras exceções, os psicanalistas estabeleceram uma prática de *moral dupla*, tendo dividido seu exercício clínico entre a atividade de psicanalistas particulares e a atividade de profissionais do serviço público. Isso, a pretexto da ausência do *setting* e da suposta impossibilidade de usar um enquadre público para o tratamento psicanalítico – em 1966, Jacques Lacan assinalou que os próprios psicanalistas eram os responsáveis pelo lugar marginalizado que a psicanálise ocupava dentro da medicina (Lacan, 1978).

Isso foi o que se observou pelo menos até certo tempo atrás, embora depois tenha surgido em grupos de psicanalistas um interesse pelas instituições de saúde mental e pelas patologias mais graves, tais como a psicose, geralmente atendidas nessas instituições. Esse movimento constituiu um retorno a Freud (1953: 141), que, preocupado com as neuroses narcísicas, com as dificuldades de analisar as psicoses, escrevera em 1918: “Seremos obrigados a misturar com o ouro puro da psicanálise uma quantidade considerável de chumbo (...)”, tendo em seguida se referido ao fato de que, no futuro, haveria psicanalistas dirigindo clínicas psiquiátricas e “ver-nos-emos obrigados a adaptar nossa técnica a essas novas condições”.

Foi na psiquiatria norte-americana, por meio das teorias do ego e mais concretamente com o postulado da *zona livre de conflito*, que se abriu a possibilidade de coexistência entre a atividade psiquiátrica e a atividade psicanalítica, com um pragmatismo possivelmente descaracterizador da essência analítica. No polo oposto, no “retorno às origens” proposto por Lacan, houve, sem dúvida, uma preocupação maior tanto com o tratamento das psicoses quanto com as instituições de saúde mental e a clínica psiquiátrica clássica, que se manifestou muito cedo na França.

Depois do rápido crescimento da psiquiatria da crise, houve autores (Andreoli, Lalive & Garrone, 1986) que assinalaram o risco de se reduzir a intervenção psiquiátrica a uma espécie de terapêutica de emergência. De fato, trabalhos como o de Cooper utilizaram indistintamente a emergência e a crise, uso este que hoje parece comum às experiências e aos autores anglo-saxões, a ponto de haver quem pondere sobre a possibilidade de se configurar uma nova entidade clínica.

Parece claro, no entanto, que a ideia de crise não prejudica a especificidade da psicopatologia de cada paciente. A crise é um *estado limite*, um rompimento da continuidade habitual, um momento difícil da vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas. Portanto, a crise não é uma entidade, nem uma manifestação específica. Tampouco faz com que se alterem as técnicas de intervenção terapêutica: é a maneira de utilizá-las que é diferente. A crise e a intervenção em crise forneceram um modelo de atendimento comunitário, de saúde pública. Foi essa exigência, esse novo contexto que obrigou a modificar, a adequar as técnicas: psicanálise e terapias sistêmicas, behavioristas e psicofarmacológicas.

Trata-se de conceitos de crise e intervenção em crise que se mostraram centrais nos fundamentos teóricos dos movimentos de reforma, de desinstitucionalização e de criação de centros de saúde mental durante muitos anos e que acabaram por invadir a psiquiatria anglo-saxônica, que alguns consideram uma psiquiatria da crise.

A REVOLUÇÃO TRANQUILA DE QUEBEC: O CONCEITO DE RISCO

Um ex-paciente psiquiátrico, Jean-Charles Pagé, publicou um livro intitulado *Les Fous Crient au Secours* [Os Loucos Pedem Socorro], com epílogo de Camille Laurin, diretor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Montreal (Pagé, 1961). Foi a época da *revolução tranquila*, que, nos anos 1960, deu impulso a profundas mudanças na vida política e econômica, na informação, na saúde e na educação no Canadá (Dorvil, 1988). Em 1962, o governo criou uma comissão de inquérito sobre a situação dos hospitais psiquiátricos (Comissão Bédard-Lazure-Roberts). Entre suas recomendações principais, destacou-se a que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos. O sociólogo Henri Dorvil contou como, graças a esse relatório, se conseguiu deter a construção do último manicômio de Sherbrooke – o pavilhão St. Georges –, no lugar onde

hoje se ergue o centro hospitalar universitário. Acabou-se assim com mais de cem anos de predomínio asilar, iniciados, segundo se conta, com a construção do primeiro manicômio de Quebec, em 1838 – o Montreal Lunatic Asylum –, à época da *revolução dos patriotas*. A comissão concluiu pela necessidade de urgentes mudanças: a doença mental teria que ser encarada como qualquer outra.

A saúde comunitária em Quebec

Tal como se verificou no conjunto dos países industrializados após a Segunda Guerra Mundial, época de rápido crescimento econômico, Quebec deu início a um plano estatal de atuação social para minorar as desigualdades existentes na própria estrutura da sociedade. Tal plano compreendia a adoção de um regime nacional e universal de cobertura contra a doença: o modelo sanitário de Quebec, sistema que *gosta* de ser chamado de saúde comunitária (evitando referência à sanidade ou saúde pública porque, embora o financiamento seja majoritariamente governamental, conserva elementos semiestatais e privados; por exemplo, os médicos têm um estatuto profissional autônomo, não são assalariados e a maioria de seus honorários é paga por cada ato praticado – *a fee-for-service* –, sendo o governo faturado mediante acordos entre o sindicato profissional dos médicos e o Ministério da Saúde). É um sistema descentralizado nos Departamentos de Saúde Comunitária (DSC) e nos serviços de atendimento primário, denominados Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC).

O desenvolvimento do sistema sanitário implicou amplos setores da sociedade civil na gestão dos serviços prestados, o que permitiu avanços muito importantes na saúde pública de Quebec. Foi uma ação comunitária que solicitou a participação do cidadão e da família, para que seus hábitos de vida fossem modificados e se adquirissem hábitos mais saudáveis; incitou à formação de grupos de ajuda mútua que atuassem em doenças como a Aids, as doenças mentais ou em problemas sociais como o alcoolismo, a violência ou a falta de moradia (graças a esses grupos, criaram-se numerosas pensões e refúgios), além de ter organizado atividades antes inexistentes e difíceis de realizar por meio da administração pública.

Essa abordagem da saúde, tida como de tipo populacional, foi incorporada a um avançado projeto, o Saúde para Todos: plano conjunto para a promoção da saúde, com o qual o Canadá se situou, segundo Pierre Duplessis e colaboradores (1991), na vanguarda da saúde pública. Tal projeto consiste num conjunto de objetivos claramente voltados para as epidemias da civilização moderna:

doenças crônicas, alterações mentais, suicídio, alcoolismo, violência, acidentes etc. Trata-se de um plano que tem por finalidade reduzir as desigualdades, aumentar a prevenção e favorecer a autonomia, desenvolvendo mecanismos de promoção da saúde mediante o reforço das iniciativas pessoais e de ajuda mútua e, ainda, pelo favorecimento de um meio ambiente saudável (o projeto Cidades Saudáveis já está em andamento em várias comunidades).

Como estratégias de implantação, o plano utiliza a participação dos cidadãos e um planejamento eficiente, buscando não apenas a melhoria dos serviços de saúde comunitária, mas também a coordenação de políticas públicas que favoreçam a saúde. Conceitos como o de populações vulneráveis, de risco, surgem como elemento imprescindível na hora de administrar os recursos de forma eficiente e propenso a evitar as desigualdades em um sistema sanitário e social ameaçado por seus elevados custos.

É sabido que, por si só, a universalidade do atendimento não leva à equidade. Não reduz as desigualdades entre os diferentes grupos da população. É preciso concentrar mais recursos nos que mais necessitam deles. O conhecimento das populações de risco, dos grupos de risco, permitiria uma reestruturação dos serviços patrocinada pelo Ministério da Saúde.¹⁷ Suas linhas mestras encontram-se em dois documentos governamentais: *Pour Améliorer la Santé et le Bien-Être au Québec: orientations* (Governo de Quebec, 1989) e *Une Reforme Axée sur le Citoyen* (Governo de Quebec, 1990). Neles, a ideia de bem-estar conduz, necessariamente, privilegiar as medidas centralizadas nos grupos debilitados, nas populações e sujeitos mais vulneráveis.

Risco e grupos de risco em saúde pública

A saúde pública define *grupo de risco* como um conjunto de pessoas que, em virtude de sua condição biológica, social ou econômica, de seu comportamento ou seu meio ambiente, são mais suscetíveis a determinadas enfermidades ou ao desenvolvimento de estados de saúde deficientes (Don Nutbeam, 1986; Martín Zurro & Cano Pérez, 1987). Trata-se de grupos populacionais, famílias ou indivíduos cuja maior exposição a fatores de risco – agentes infecciosos, ambientais, hábitos de vida e acontecimentos sociais, culturais e psicológicos – torna-os mais vulneráveis a *se deteriorar*, adoecer ou sofrer as complicações de um processo patológico.

O risco de adoecer varia de acordo com o desenvolvimento de cada sociedade, de cada comunidade e, dentro de uma mesma população, conforme fatores como sexo, idade, profissão e nível e estilo de vida. As grávidas, os indivíduos muito jovens, os imigrantes, os idosos e os pobres são especialmente vulneráveis. O fato de alguns grupos da população contarem com um risco especial de adoecer implica certas características, circunstâncias e cadeias ou sequências causais. É fácil determinar como fatores de risco, por exemplo, as práticas como tabagismo, o alcoolismo, o excesso de peso e o compartilhamento de seringas entre os viciados em drogas por via parenteral, que podem estar relacionadas a diversas doenças.

Em outras ocasiões, a investigação epidemiológica para determinar os itens mensuráveis é mais complexa, como acontece com boa parte dos processos psicopatológicos. De qualquer modo, trata-se de descobrir indicadores que permitam lidar com os indivíduos e populações de risco, estabelecendo uma estratégia baseada na mensuração do risco e na capacidade de previsão que nos assegure atuar no estabelecimento de prioridades e na destinação de recursos, com uma discriminação positiva na luta contra as desigualdades em matéria de saúde.

Graças à identificação das populações de risco, o sistema de saúde pode tomar a iniciativa do contato sem esperar pela demanda, como costuma acontecer nos modelos de atendimento da assistência tradicional. Nesse sentido, sabe-se que a utilização adequada de informações sobre o risco, voltada para os grupos vulneráveis, reduz o limiar e torna mais aceitável o atendimento – as ideias de limiar e aceitabilidade pressupõem o reconhecimento da doença e a aceitação da assistência –, quando se ensinam a essas populações a natureza e o alcance dos riscos e dos fatores de risco indicados (um exemplo claro é a informação sobre as práticas de risco na Aids). As pessoas com um reconhecimento dos fatores de risco em matéria de saúde responderiam mais cedo, identificando com mais facilidade a necessidade de um atendimento sanitário.

Uma vez que um dos maiores problemas da cobertura de saúde são as grandes desigualdades na prestação de serviços – lei do cuidado inverso, em que a intenção é menor quanto maior a necessidade: idosos, crianças, doentes mentais, marginais –, a utilização do conceito de risco permite uma prática, no atendimento comunitário, que aborda necessidades de saúde mal atendidas, às vezes ocultas ou ignoradas. Portanto:

- O risco é uma indicação de necessidade, e o conceito de risco permite quantificar e orientar a medicina preventiva de maneira que todos possam utilizá-la dentro e fora do sistema de assistência (Plaut, 1986).
- Esse conceito permite proporcionar maior assistência onde ela se faz mais necessária, concentrando os recursos sanitários nas pessoas e grupos vulneráveis da população ante a impossibilidade prática de realizar exames preventivos em toda a população e de maneira indiscriminada.
- Ele facilita a avaliação quantitativa das contribuições setoriais para a doença, possibilitando o estabelecimento de uma política quantificada, com o objetivo de eliminar importantes fatores de morbidade.
- E permite intervir, o mais precocemente possível e da maneira mais eficaz, no curso da cadeia causal que leva ao desenvolvimento da doença clínica (última etapa do processo). Os métodos clássicos de diagnóstico clínico são demasiadamente demorados, em comparação com as possibilidades de intervenção oferecidas pela epidemiologia (Backett, Davies & Petros-Barvian, 1985).

Uma experiência sanitária que ilustra as possibilidades de uma atuação que considera os grupos de risco, bem como seu tratamento com critérios de saúde pública, é o plano sanitário de atendimento das toxicomanias e da Aids existente na cidade de Amsterdã.¹⁸ Trata-se de um plano que indica a sensibilidade, tanto dos políticos quanto dos responsáveis e profissionais da saúde, para com os problemas de saúde pública de sua cidade, assim como a capacitação comunitária do sistema de saúde e serviços sociais de Amsterdã. São programas sanitários surgidos de um processo que contou com a colaboração de associações de usuários – homossexuais, toxicômanos e prostitutas.

Para citar dois exemplos significativos, foi a Liga dos Viciados – um autêntico sindicato de dependentes de drogas –, que exigiu a troca de seringas e agulhas diante do aumento da incidência da hepatite B. E foi a convicção (que se evidenciou em todos os países do mundo) de manter em tratamento apenas uma ínfima parcela dos viciados em drogas pesadas, especificamente em heroína injetável, que fez com que se reformulasse a forma de atendimento em 1979. Idealizou-se um procedimento que aproximou um remédio público de um problema público: *os ônibus da metadona*. Quando surgiu a epidemia de Aids, as medidas preventivas referentes a vários dos grupos com práticas de risco já tinham sido tomadas. E, acima de tudo, havia infraestrutura para estender a prevenção e o atendimento. Isso explica a baixa prevalência do contágio da Aids por via intravenosa na cidade.

A postura das autoridades holandesas foi absolutamente pragmática: a melhor forma de reduzir o risco é não usar a heroína, mas a realidade nos ensina que a maioria dos dependentes se trata, se reabilita e reincide nessa prática, mantendo a utilização da droga. Reduzir o risco é a única opção que resta quando não se pode curar a dependência. Em Amsterdã, essa redução realizou-se por meio de atendimentos sociais e médicos. Deu-se assistência aos dependentes com problemas de moradia e com problemas econômicos e legais. Em termos sanitários, forneceram-se exames médicos regulares, distribuição de metadona, anticoncepcionais e substituição de agulhas e seringas. A distribuição de um substituto – no caso, a metadona – foi considerada a melhor maneira de reduzir os danos.

Amsterdã tem vários programas de metadona, o mais conhecido dos quais o já mencionado ônibus de metadona de baixo teor. Todos os dias, dois ônibus perfazem um trajeto pela cidade parando em seis diferentes pontos, perto dos locais onde se reúnem os dependentes de drogas. A chegada do ônibus é um espetáculo que se teve a oportunidade de presenciar anos atrás, em 1988: um grupo de toxicômanos, com aspecto de marginais e geralmente em condições físicas deploráveis, ficava à espera. Entravam no ônibus às pressas, acotovelando-se, e tiravam da camisa ou dos bolsos pequenas seringas com agulhas manchadas de sangue. Aos poucos, o perfil desses usuários ia mudando: chegavam em intervalos maiores e a urgência se atenuava. Pessoas mais bem vestidas, homens e mulheres adultos ou jovens iam tomar sua dose e trocar suas seringas. As enfermeiras dos ônibus, especialmente treinadas para lidar com a população marginalizada, possibilitavam o conhecimento da situação somática dos toxicômanos.¹⁹

É claro que esse programa teve seus antecedentes. Já nos anos 1960, as autoridades holandesas haviam decidido não tomar medidas legais contra os consumidores de drogas leves, considerando que isso poderia aumentar a criminalidade ou a delinquência entre eles, e que, a longo prazo, seria contraproducente.²⁰

Quando a heroína foi introduzida em Amsterdã, no início dos anos 1970, o setor de risco estava limitado a grupos de artistas e intelectuais. Cinco anos se passaram antes que se notassem pelas ruas os efeitos do consumo da heroína: aparecimento de viciados, criminalidade, mortes por superdosagem e seringas usadas espalhadas pelas ruas, passando a população atingida a ser composta por grupos marginalizados e jovens. Embora os centros de atendimento aos toxicômanos tenham se mobilizado rapidamente para tratar dos dependentes de heroína, seu fracasso logo se evidenciou: só conseguiram estabelecer contato com

uma porcentagem muito pequena dessa população (que mal chegou a 5%), o que obrigou a uma mudança de orientação cujas medidas se concretizaram em:

- conhecer o âmbito e o caráter do problema da heroína, por intermédio do contato com maior número possível de heroinômanos, e estabelecer um sistema de registro;
- reduzir o risco do consumo de drogas pesadas entre os consumidores que não pudessem ou não estivessem dispostos a abandoná-la;
- motivar os dependentes a ingressar em programas de tratamento e/ou em programas de reinserção.

No período de 1979-1982, os clínicos gerais começaram a prescrever a metadona como substituto, para atingir os grupos que não queriam entrar em programas terapêuticos, com uma incidência especial dos grupos provenientes das colônias. Fez-se uma experiência em bares dirigidos por pessoal da prefeitura, a fim de promover uma aproximação com essa população, obtendo-se êxito muito reduzido. Em 1983, a prefeitura da cidade de Amsterdã encarregou-se da proposta de elaborar um projeto sobre as drogas, tendo como base três objetivos:

- reduzir os efeitos sociais negativos do problema da droga;
- criar melhores condições de vida para os dependentes de drogas pesadas;
- impedir que os mais jovens fossem iniciados no consumo de drogas.

A desinstitucionalização em Quebec

Depois do *grito de socorro* de Pagé e Laurin, os relatórios de duas comissões (Bédard, 1962, e Castonguay-Nepveu, 1967) passaram a nortear a reforma psiquiátrica em Quebec. Suas propostas estavam de acordo com os objetivos da saúde em geral: descentralização e regionalização dos serviços, suspensão da construção de novos hospitais psiquiátricos, construção de serviços de hospitalização nos hospitais gerais e criação de redes alternativas e de um escritório no Ministério da Saúde. Entre 1961 e 1970, o contingente de pessoal ligado aos serviços de psiquiatria aumentou cerca de 158%. O sistema levava em consideração a gratuidade, a universalidade e a acessibilidade, bem como o desenvolvimento de serviços complementares de reabilitação e prevenção. O objetivo era oferecer uma cobertura completa por parte de cada equipe setorial.

Em 1963, foram iniciadas duas experiências-piloto, uma no Hospital de Laurentinnes, em L'Annonciation, outra no hospital *Saint-Charles-Borromée*, em *Joliette*.

A psiquiatria reformista dos anos 1960 e 1970 estabeleceu os valores da *revolução tranqüila*: democracia, liberdade e respeito aos direitos do indivíduo – numa época em que se sucederam três psiquiatras como ministros da Saúde em Quebec (Parrate, 1991). Era uma psiquiatria de orientação psicodinâmica e humanista, comunitária, que se situou entre o setor e a psiquiatria comunitária dos Estados Unidos, num cruzamento da psiquiatria francesa com a norte-americana. “O saber-fazer norte-americano e o saber-dizer francês: a eficácia britânica junto com a cultura europeia”, nas palavras de Gilles Lortie (1969).

Vinte anos depois, um psiquiatra de Montreal criticou certas falhas da reforma comuns a outras experiências – a ser abordada em um próximo capítulo –, mas insistiu em um aspecto especificamente quebequense: a saúde mental tinha se transformado em um assunto de todos e a falta de harmonia dos objetivos e dos meios era flagrante.

Os recursos e o nível de autonomia oferecidos aos gerenciadores da saúde mental eram enormes. Para uma população de seis milhões de habitantes foram financiados, em 1977, 3.772 leitos para internação curta, 4.737 para atendimento prolongado, 4.440 vagas para alojamento e reabilitação, 1.100 leitos em pavilhões psiquiátricos etc.. Isso totalizou umas 15 mil vagas institucionais, com cerca de quarenta mil internações psiquiátricas nos hospitais gerais: um paciente internado para cada 150 habitantes, com média de 24,63 dias no hospital geral e de 181,18 dias nos hospitais psiquiátricos, tendo as reinternações representado um total de 66% (Bergeron & Cantin, 1984).

Existem dados que medem a política de desinstitucionalização conduzida nesses anos em Quebec, como a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos – passaram de vinte mil em 1962 para 12 mil em 1980, cifra esta em constante redução –, ou a criação paralela de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, que foi quintuplicada, passando de 580 em 1962 para 2.703 em 1986. As estruturas intermediárias, como hospitais-dia, oficinas de trabalhos manuais, lares etc., surgiram, em boa parte, da iniciativa privada, não sendo em geral especificamente psiquiátricas. Um dado original foi a magnitude do aumento do número de pacientes acolhidos em famílias: 2.013 em 1970 e mais de seis mil em 1985.

Para orientar uma estratégia de desenvolvimento dos programas psiquiátricos, o governo encomendou diversos estudos que analisassem as necessidades da população, os recursos e os procedimentos utilizados. Nesse sentido, em 1988, o Relatório Harnois (Losson & Parrante, 1988) preocupou-se com a

necessidade de aumentar a cooperação entre os diversos recursos que intervêm na atuação comunitária, preconizando um sistema horizontal na gestão dos recursos da comunidade.

Gaston Harnois constatou as dificuldades da assistência à saúde mental na saturação dos serviços – listas de espera, tempo de espera nas emergências, falta de funcionamento dos CLSC, número muito reduzido de psiquiatras – e na anarquia de seu desenvolvimento. Há uma grande proliferação de serviços, mas ainda estão por ser definidas suas incumbências, seus limites e especialmente as relações entre eles. Essas fronteiras imprecisas provocam uma descontinuidade no atendimento e aumentam as despesas.

DIFICULDADES E ERROS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em 1989, uma revista britânica de enfermagem psiquiátrica publicou um artigo intitulado “Que acontecerá quando fecharem os hospitais psiquiátricos?” (Long, Makle & Monaghan, 1989), que defendia a necessidade de repatriação, de retorno dos pacientes desinstitucionalizados ao manicômio, caso não houvesse um incremento dos cuidados básicos e dos meios protegidos de vida de que eles necessitavam para subsistir na comunidade. Era uma situação que alguns autores já clássicos da desinstitucionalização norte-americana, como Talbott (1979a), vinham assinalando desde os anos 1970, qualificando de “vergonha nacional” as péssimas condições de vida, o estado de abandono em que se encontravam os pacientes liberados da internação na maioria dos estados norte-americanos, e o modo como boa parte dos problemas da reforma psiquiátrica provinha da impossibilidade de cumprir adequadamente as funções que antes eram exercidas pelo manicômio (Bachrach, 1976).

É um erro, afirmou Langsley (1980), referindo-se à desinstitucionalização nos Estados Unidos, tirar os pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos, mas também é um erro deixá-los lá, pois o que efetivamente se conseguiu foi demonstrar que o manicômio não serve. Não se pode esquecer que naquele país, num período de quarenta anos, foram colocados em atendimento externo cerca de meio milhão de pacientes (em 1955, havia 558 mil pacientes internados em manicômios; em 1991, eles eram 110 mil).

As razões do relativo fracasso da desinstitucionalização norte-americana encontram-se, em primeiro lugar, nas características desarticuladas de seu sistema sanitário e de assistência social. Dificilmente se poderia desenvolver um modelo de atendimento comunitário que exige, entre outros fatores, a

universalização dos serviços em um país que mantém cerca de quarenta milhões de cidadãos sem nenhum tipo de cobertura, e onde se calcula que possa haver cerca de dois milhões de pessoas sem teto.²¹ Pessoas que vagam e dormem pelas ruas, instalando-se junto às saídas de ar quente do metrô, no inverno, e que tentam sobreviver catando lixo.

A imagem descrita é tão típica de Manhattan como a do Empire State ou das antigas torres gêmeas, cuja solução não estava, como preconizou o chefe dos serviços psiquiátricos de Nova York, em programas de caça e captura como o Homeless Emergency Liaison Project (Help),²² anunciado como “o direito do paciente ao tratamento (involuntário) e à liberdade das prisões de doença mental, em vez de morrer nas ruas” (Rojas Marcos, 1987). O que esse autor não disse é que os gastos federais com a subvenção de moradias baixaram, num período de oito anos, de 38 milhões para 13 milhões de dólares. Ou que em sua cidade, Nova York, viviam mais de duzentos mil dependentes de heroína, dos quais metade eram portadores do vírus da Aids. Um total de vinte mil crianças e adolescentes não tinham moradia e viviam ao relento, enquanto 15 mil moravam em albergues. Em 1988, atingiu-se a cifra de 1.849 assassinatos, ou seja, mais de cinco mortes violentas por dia.

Trata-se de um abandono e uma carência de serviços já constatados por meio de diversas pesquisas sobre a qualidade de vida dos pacientes desinstitucionalizados, as quais apontam para a falta de autonomia e de relações sociais, a insuficiência de recursos econômicos e de atendimento, a falta de projetos e a insegurança dessas pessoas. Isso, ainda que os resultados desses estudos sejam qualitativamente contraditórios, em virtude da interferência da ideologia dos autores e da disparidade das experiências de reforma e do tipo de serviços prestados, conforme os diferentes estados da federação. Seja como for, há um consenso nas investigações realizadas na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá de que as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou em hospitais gerais têm uma percepção mais negativa de sua qualidade de vida do que quando permanecem na comunidade (Lehman, Slaughter & Myers, 1991).

A esse abandono e mediocridade da vida dos pacientes liberados das instituições, bem como daqueles que foram transinstitucionalizados, passando para instituições sociais com orçamentos menores e condições inferiores, aliaram-se a progressiva deterioração dos hospitais psiquiátricos não fechados após a redução do número de leitos. Nestes subsistiam, na melhor das hipóteses, um núcleo irredutível à desinstitucionalização – o *hardcore* dos norte-americanos – e, acima

de tudo, a falta de resposta dos serviços psiquiátricos à nova cronicidade que ultrapassa as consultas ambulatoriais.

São novos padrões de cronicidade de grande ubiquidade, onipresentes em todas as reformas, independentemente dos sistemas sanitários e de cobertura social que as sustentam, em especial o grupo dos *jovens adultos crônicos*, de comportamentos psicopáticos, que com seus atos interpelam tanto o sistema de saúde quanto os serviços sociais e o aparato judicial. Esses novos deserdados sociais constituem a primeira geração de pessoas com problemas psiquiátricos graves que não conheceram a institucionalização e que usam de maneira imprópria, e intensamente, os serviços que lhes são oferecidos – segundo Pepper, Kirshner & Ryglewicz (1981), elas representavam 10% dos pacientes em consultas de psiquiatria, mas ocupavam 40% do tempo dos terapeutas nos Estados Unidos. Há autores que estimam que esse grupo de pacientes representa o maior desafio para a psiquiatria (Fernández Liria, 1992).

São eles, os novos pacientes crônicos, que, por não existir uma ampla gama de recursos assistenciais, uma rede de serviços territorializada, podem ficar entrando e saindo continuamente das emergências (como consumidores crônicos dos serviços de emergência, numa cronicidade na crise), ou exemplificando o fenômeno da *porta giratória*, que remete às reinternações múltiplas dos pacientes por curtos períodos.

Esses são os reais problemas que demonstraram a insuficiência dos processos de reforma e a necessidade de novas formas de atendimento, por mais que tenham sido abusivamente utilizados pelos meios de comunicação e por profissionais e políticos que não estavam interessados na mudança assistencial. E por mais que críticas tão ferozes tenham se centralizado nas fantasias ou medos coletivos, como a transformação na mendicância e a possível criminalização dos pacientes psiquiátricos crônicos, tal questão deu origem a múltiplos estudos sobre a prevalência dos distúrbios mentais nas populações marginais: os nômades, os vagabundos, os sem-teto (os *homeless* da literatura norte-americana) e os assíduos frequentadores de albergues. Os resultados indicavam cifras de prevalência de 10% a 30%, cifras estas colhidas nas grandes cidades, em áreas metropolitanas das grandes capitais do mundo e que coincidiam com as colhidas pela prefeitura de Madri (28% no Anuário de 1988 do Centro de Acolhida San Isidro, em Madri) (Câmara Municipal de Madri, 1989).

É preciso, no entanto, estar consciente de que há grande dificuldade de estabelecer a presença de psicopatologias graves nessas pessoas, em geral alcoó-

latras com tendência a pertencer a uma subcultura cujos valores e normas não são os da maioria. Tal população caracteriza-se por não procurar espontaneamente os serviços de saúde mental, nem os serviços sociais (nos dados fornecidos pela prefeitura de Madri, na década de 90, 88% de alcoolismo, 40% de dependência de outras drogas, 20% de deficiências mentais e 16% de deficiências físicas). Talvez as modificações do perfil dos indigentes nesses estudos devam causar preocupação, pelo aumento do número de mulheres e a diminuição da idade média etária (18,71% das entradas nos albergues no ano 1989 foram de menores de 25 anos, havendo 16,56% de homens e 24,9% de mulheres).

Essa feminização da pobreza e o aumento dos grupos de jovens na indigência precisam ser relacionados à mendicância violenta e à suposta criminalização, que parecem corresponder ao crescente número de jovens correndo perigo de ser envolvidos no crime e na violência por força de sua forma de vida – abuso de drogas, alcoolismo, vagabundagem etc. – e, ainda, por força do grande número de desempregados com escassa expectativa de trabalho. Há, sem dúvida, uma criminalização de grupos de jovens urbanos nas sociedades desenvolvidas em decorrência do tráfico e do consumo de drogas, mas também da desproporção entre a riqueza oferecida pela publicidade e as possibilidades reais de se obtê-la. Essa contradição, juntamente com o ócio juvenil, vêm ocasionando comportamentos violentos, desde os pequenos furtos até a violência gratuita. Porém, como afirma Antonio Escohotado em seu ensaio *El Espíritu de la Comedia*,

A decantada insegurança urbana não é uma epidemia comparável à gripe, nem será resolvida pela multiplicação dos vigilantes [nem das medidas sanitárias, pode-se acrescentar]; ela reflete, acima de tudo, a manutenção de certos privilégios (o máximo denominador comum entre os males atuais está em ser não proprietário) e é alimentada por um desprezo generalizado pelo direito, que brota, em boa medida, da manutenção de leis injustas, excessivamente transgredidas para ser prudentes. Ninguém menciona que pagamos uns seis policiais por cada delinquente (...). (Escohotado, 1991)

Sobretudo, conclui o autor, quando se sabe que “o interesse objetivo do policial é que o medo permaneça intacto ou até cresça, da mesma forma que a dor é o interesse objetivo de uma medicina na qual o paciente paga quando está doente, e não quando está sadio, à maneira dos chineses ou dos índios” (Escohotado, 1991: 63-64). Não se pode, como diz Jünger, cair na armadilha de acreditar que os perigos sempre precedem o temor, armadilha esta que pretende nos tornar mais perigosos do que aqueles a quem tememos. Ao contrário,

diante da hipocondria e do temor social, o autor de *A Cilada* opina: “livrar o ser humano do medo é muito mais importante do que lhe fornecer armas ou provê-lo de medicamentos. O poder e a saúde estão em quem não sente medo” (Jünger, 1988: 67).

No entanto, estudos realizados sobre populações desinstitucionalizadas – na Itália (Le Grand, 1988) e na França (Gaglione, 1991) – mostram que o que cresceu de forma acentuada, sem dúvida, foi o número de atos violentos praticados contra os pacientes que receberam alta, o que não é de surpreender em se tratando de sujeitos mais débeis (Gaglione assinala, nesse mesmo artigo de 1991, que nenhum dos pacientes que tiveram alta de um hospital psiquiátrico havia cometido qualquer delito, ao passo que 39% tinham sido agredidos ou roubados). Segundo Dell’Acqua (1995: 129-142), “depois do fechamento do hospital psiquiátrico, não se verificou um aumento da criminalidade ligado à doença mental, a despeito do que poderia levar a crer a fantasia coletiva”.

Alguns episódios isolados, intensamente repisados e enfatizados pelos meios de comunicação, não são estatisticamente significativos se comparados a outras áreas urbanas da Europa ou dos Estados Unidos que mantêm hospitais psiquiátricos. É eloquente que, em estudos realizados sobre a qualidade de vida dos pacientes desinstitucionalizados, na década de 1990, o fato de não terem sido vítimas de roubos ou agressões destaca-se em primeiro lugar entre os acontecimentos mais fortemente relacionados a um sentimento global de bem-estar, seguido de uma utilização menor dos serviços de saúde, contatos sociais personalizados e mais intimidade no local de residência (Mercier, 1993).

Seja como for, as críticas às insuficiências e erros da desinstitucionalização têm sido deturpadas por uma mudança de comportamento da imprensa. Esta, de modo geral, passou de um apoio quase incondicional às reformas, na década de 1970, para uma denúncia que costuma assumir o caráter de imprensa marrom, uma vez que une a doença mental aos crimes, suicídios e condutas escandalosas, num retorno à imagem lombrosiana do doente mental como um ser perigoso, irracional, incurável e sempre imprevisível.

Na busca de explicações para os problemas associados à desinstitucionalização – que incidiram de diversos graus e maneiras conforme os países e até as regiões, mas que podem ser considerados comuns a todo o movimento –, talvez possamos situar em primeiro lugar, ou pelo menos como um dos fatores principais, a insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários. Pode-se constatar em quase todas as experiências,

sobretudo nas que apresentam problemas maiores, que a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada por uma equivalente transferência de verbas. E mais: apesar da redução de leitos, os orçamentos dos hospitais continuam crescendo.²³ Isso parece indicar que não se trata tanto de falta de recursos, mas de sua forma de utilização.

A destinação de verbas reflete os valores e compromissos de cada sociedade (a única medida possível do compromisso político assumido com um programa é saber se ele o dotou de recursos orçamentários necessários). Desde tempos remotos, os governos têm preferido utilizar a maior parte dos recursos – sempre limitados, porém mais ainda após a crise econômica de 1973 e o fim do chamado Estado providenciário – nos distúrbios agudos, abandonando os pacientes crônicos em razão da intensidade e do extenso prazo de sua utilização dos serviços (embora, em psiquiatria, não pareça estar comprovado que o hospital psiquiátrico é um método mais econômico).

Deiker, em 1986, procurou desfazer o mito de que o atendimento institucional é mais barato que o comunitário, bem como o de que a transição de uma modalidade para outra pode realizar-se sem aumento das verbas. Tal estudo teve como base um hospital de Louisiana (EUA), com 103 pacientes que foram transferidos para uma unidade de internação especificamente concebida para eles (com uma estada de seis meses) e em seguida para a comunidade, em vagas em residências ou outras modalidades. O custo final representou 30% do produzido na hospitalização (Deiker, 1986).

Entretanto, o fechamento dos hospitais psiquiátricos converteu-se em um empreendimento árduo e arriscado, política e profissionalmente, para aqueles que assumem tal responsabilidade. Não apenas pelas dificuldades técnicas e pela tremenda mobilização de recursos humanos e materiais que ele pressupõe, mas também, acima de tudo, pela oposição trabalhista e sindical fundamentada na possível diminuição dos empregos, pelo medo da mudança e da perda do papel e do poder dos profissionais – nisso se incluindo médicos e psicólogos – e também pela frequente ambiguidade dos governos, que, embora aceitando em linhas gerais os projetos de reforma, continuam a sacralizar os hospitais e a desconfiar dos recursos alternativos.

Essa insuficiência de meios é agravada pela subutilização dos recursos, exemplificada pelo constante funcionamento em paralelo, não integrado e reiteradamente sem nenhuma comunicação dos centros de saúde mental e dos hospitais psiquiátricos, ou das instituições dos diferentes governos que

trabalham em uma mesma área e com a mesma população. “Não houve nenhum planejamento do desenvolvimento dos recursos, nem antes nem depois da desinstitucionalização”, denunciou Talbott (1979b: 621-624) referindo-se aos Estados Unidos. Na Espanha, a persistência de diferentes administrações responsáveis pela saúde mental e o predomínio orçamentário dos hospitais foram e ainda são, em algumas regiões ou zonas, nítidas causas do mau aproveitamento dos recursos.

Ainda quanto à busca de explicações para os problemas associados à desinstitucionalização, pode-se afirmar que, em segundo lugar, os programas de saúde mental comunitária destinados a substituir os serviços hospitalares não foram projetados de acordo com os usuários habituais desses centros. A filosofia dos Centros de Saúde Mental Comunitária orientou-se para a prevenção, a intervenção em crise e os tratamentos precoces, inclinados a prevenir a cronicidade (Kirk & Terrien, 1975). Na realidade, utilizou-se a maior parte dos recursos humanos e materiais no atendimento de patologias menores de “gente sadia, mas infeliz”, segundo Zusman e Lamb (1977: 887-890).

Trata-se de populações em risco, de pessoas que padecem de problemas mais ou menos graves para os quais existem, em princípio, tratamentos relativamente eficazes. Havendo abundância desses casos, o abandono dos pacientes crônicos encontrou uma de suas razões de ser no conflito existente entre as necessidades desses pacientes e as dos profissionais da saúde mental. Richard Lamb assinala que a origem social da maioria dessa classe de profissionais os deixa hesitantes em tratar de pessoas de meios socioeconômicos muito desfavorecidos, com as quais têm pouca afinidade cultural.

Esse aspecto é acentuado pelo tipo de formação profissional de que dispõem, que é quase exclusivamente orientado para técnicas terapêuticas pouco adaptadas a essa clientela (mas de grande rendimento em seus consultórios particulares). Tais pacientes produzem neles frustração e certa culpa, ao passo que os doentes menos graves, *curáveis*, trazem mais satisfação pessoal. Lamb (1981) chegou a afirmar que o movimento de saúde mental comunitária visou à consecução de seus próprios interesses econômicos, de prestígio e de poder profissional. Não é difícil encontrar essa suplantação de interesses dos pacientes pelo dos profissionais, na Espanha e em outros países europeus. E isso não apenas na psiquiatria, em geral bastante favorecida, nesse aspecto, pela configuração do sistema de saúde.

Não se pode esquecer – e essa é uma das razões pelas quais não há por que deixar leitos manicomiais de reserva – da tentação ou do desejo de muitos

profissionais da saúde mental em se desfazerem de seus pacientes difíceis. De-sejo este que, na opinião de Hill (1969), reflete a intolerância proveniente da incapacidade que muitos médicos têm de controlar seus próprios sentimentos de hostilidade, ansiedade ou fracasso. Na prática, os pacientes indesejados são canalizados em uma única direção, cujo destino final é o hospital psiquiátrico.

Na filosofia dos programas de saúde mental comunitária há um indicador que deveria ter sido capaz de prever o destino reservado aos pacientes crônicos. Embora esses programas tenham sido criados para substituir os hospitais psiquiátricos, nem sua ideologia nem seus serviços estavam globalmente orientados para as necessidades dos clientes habituais dessas instituições. (Kirk & Therrien, 1975: 209-217)

É preciso considerar que uma das razões que facilitam o abandono desses pacientes, bem como a rápida cronicização das estruturas alternativas, é a inadequada formação dos profissionais da saúde mental para atender a cronicidade fora do hospital psiquiátrico (embora, dentro deles, ela também não tenha sido exatamente um sucesso terapêutico, desde o tratamento moral até a comunidade terapêutica ou a psicoterapia institucional).

Isso exige uma indagação sobre os currículos, sobre o projeto educacional dos agentes da mudança psiquiátrica e sobre o porquê de algumas crenças profundamente arraigadas a respeito da doença mental e de sua cronicidade e incurabilidade, estas aliadas ao desprezo absoluto pelas conceituações da saúde pública, criarem obstáculos às intenções de reforma do ensino médico, sobretudo nos modelos sanitários em que se privilegia o ato médico. Tais modelos condicionam os currículos das faculdades de medicina e a formação de especialistas, distinguindo exageradamente um ensino centralizado em técnicas e tratamentos de curta duração, os quais, por não serem úteis nos casos de cronicidade, podem levar os profissionais à insatisfação e ao fatalismo terapêutico. Como escreveram Kenneth Minkoff e Robert Stern,

(...) é preciso treinar os médicos em formação em tratamentos psicossociais específicos para pacientes esquizofrênicos crônicos, porque, caso contrário, quando veem que aquilo que sabem não funciona com esses pacientes, eles passam a evitá-los ou perdem a paciência. (Minkoff & Stern, 1985: 859-864)

Essa reforma do ensino, caso tenha a intenção de significar uma real mudança, deverá se perguntar sobre os métodos e conteúdos da formação, pois é

provável que se encontre na própria transmissão do saber, na própria instituição docente, na própria relação professor-aluno, uma das maiores dificuldades, uma das causas de as respostas que se dão já nascerem cronicizadas.

Em terceiro lugar, ainda em relação à busca de explicações para os problemas associados à desinstitucionalização, salienta-se unanimemente que a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados: quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e pouquíssimos para a modificação das crenças, preconceitos e comportamentos da sociedade a que eles são destinados.

A participação dos usuários da própria comunidade, por intermédio de suas organizações civis – uma pré-condição da medicina comunitária –, foi e continua a ser, de modo geral, um *slogan* esvaziado de conteúdo (na experiência de Leganés, da área 9 da Comunidade de Madri, a inclusão de associações de usuários e de familiares na comissão de reabilitação, encarregada de dirigir todo o processo de desinstitucionalização e atendimento da nova cronicidade – iniciativa esta posteriormente seguida por algumas outras zonas –, foi uma das garantias da implantação e desenvolvimento dos programas, complementando aqueles que o governo não pode nem deve vir a executar).

Em última instância, no entanto, existem razões que condicionam todas as demais – como é o caso, a meu ver, da falta de planejamento e da inexistência de uma gestão unificada dos recursos públicos; em síntese, da falta de uma alocação eficiente dos recursos. Ao lado da carência de serviços sociais e de espaços flexíveis, intermediários, de programação conjunta, são essas as causas da maioria das dificuldades da desinstitucionalização, pois a reciclagem dos profissionais, outro dos grandes problemas evidenciados, é possível ao longo do tempo – existem experiências que o comprovam.

O cumprimento de programas com objetivos e estruturas de funcionamento bem definidos, a obrigação de atender a toda a demanda, a avaliação periódica e a sistematização das reuniões das equipes e entre estas, o controle e a participação, tudo isso leva a uma mudança de atitudes e de formas de trabalho de todos os profissionais em prazos menores do que se supõe. Entretanto, tanto a falta como a má utilização dos recursos e serviços sociais provocam uma situação de insatisfação social, pois criam um vazio: não é segredo para ninguém que o hospital psiquiátrico surgiu para desempenhar funções de ordem social – entre outras a de ser um refúgio para pessoas supostamente incapacitadas, de um meio assistido ou tutelar de vida. E a de ser também um

refúgio para o grupo dos *psicopatas* ou *sociopatas*, impossíveis de classificar com base na psicopatologia e existentes em número reduzido, mas que são altamente perturbadores da *harmonia social*.

Nos Estados Unidos, à custa da desinstitucionalização, criou-se toda uma rede – as *nursing homes*, os recursos intermediários, as pensões etc. – que levou muitos autores a se perguntarem até que ponto se havia praticado uma transinstitucionalização, em vez de uma desinstitucionalização: uma mudança de alojamento e não uma transformação das práticas assistenciais fomentada pelo fato de que as instituições mais importantes de seguros de saúde, o Medicare e o Medicaid, só cobrem a estada em *nursing homes* e nos hospitais gerais.

Na Espanha, a falta de recursos sociais e, mais ainda, a inexistência de uma clara delimitação entre os serviços de saúde e os serviços sociais constituem um dos maiores obstáculos à desinstitucionalização. Sem dúvida, o desenvolvimento desses serviços irá condicionar os resultados da reforma da saúde mental, sobretudo à medida que tiverem que superar as formas de atuação hoje dominantes, adotando programas mais ativos e descentralizados. Em Madri e na Espanha, de modo geral, a deterioração ocasionada pela transinstitucionalização a que nos referimos antes não ocorreu. O hábitat das residências para idosos e das residências assistidas é infinitamente melhor que o das instituições psiquiátricas, sem falar na maior dignificação pelo simples fato de os pacientes perderem a denominação de loucos.

Por último, assinala-se que apesar dos problemas expostos, a esmagadora maioria dos autores examinados – em boa medida, a literatura dos últimos anos sobre tal tema – concorda em que não se trata, em caso algum, de retornar às formas tradicionais de atendimento psiquiátrico (o hospital psiquiátrico), mas de desenvolver as práticas alternativas com suas técnicas de atendimento e acompanhamento. A desinstitucionalização não está sendo censurada, mas aparece cada vez menos como solução milagrosa para o problema da cronicidade em psiquiatria. O fechamento dos manicômios situa melhor a doença psiquiátrica, assim como o fechamento dos sanatórios ressituiu a tuberculose, mas não implica seu desaparecimento.

O paralelismo entre hospital psiquiátrico/nosologia clássica e loucura foi e continua a ser uma simples ilusão contracultural, como já mencionado em livro anteriormente citado (Desviat, Fernández Liria & Rendueles, 1986). É preciso aceitar a cronicidade e a limitação da eficácia reabilitadora. Para importante parcela da população cronicizada, a melhoria da qualidade de vida num meio

não hospitalar parece despontar como objetivo mais realista que o ideal de readaptação. A capacidade de readaptação dos pacientes mentais foi superestimada, donde Kirk e Therrien (1975) afirmarem que ela é um mito, um postulado não verificado (Talbot, 1979a) ou mesmo uma fantasia (Borus, 1978).

Outra grande conclusão é a da necessidade de se contar com uma rede de recursos comunitários diversificados que permita atender às múltiplas necessidades dos diferentes grupos de pacientes que sofrem de transtornos psíquicos crônicos ou que estejam em vias de cronicização.

Por fim, tem-se a convicção, sustentada na prática pela experiência da reforma do Hospital Psiquiátrico de Leganés, de que não se trata apenas de criar uma rede de serviços, cuidados e acomodações na comunidade. Faz-se necessária uma preparação adequada dos pacientes, geralmente dispendiosa e de longa duração, que lhes permita viver fora do asilo; e é particularmente indispensável uma adequação das técnicas psicoterápicas, dos enquadres, da própria concepção da programação. Os recursos alternativos devem centrar suas atuações nas necessidades mutáveis dos pacientes e não no credo, na disponibilidade econômica ou nas estereotípias dos profissionais.

A NOVA CRONICIDADE E OS PROGRAMAS ALTERNATIVOS

Jornalista: *E o manicômio?*

Leopoldo María Panero: *É onde eles proibem a vida. Um louco morreu gritando: 'hotel, hotel'...*

Jornalista: *Você vai sair daqui?*

Leopoldo María Panero: *Para isso exigem que eu tenha trabalho e hospedagem.* (entrevista concedida em 30 de setembro de 1990)

E eles se deram conta de que as necessidades das pessoas com distúrbios mentais não são fundamentalmente diferentes das do resto: moradia digna, trabalho, renda fixa, amigos, vizinhos receptivos e tudo o mais.

Maltzman, 1991

Nos primórdios da reforma psiquiátrica pecou-se por um certo otimismo ao se supor que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com o fechamento ou a transformação dos hospitais psiquiátricos e com o tratamento na comunidade. Ao contrário, como se viu nos capítulos anteriores, em todos os lugares onde se realizam reformas a desinstitucionalização põe em destaque a persistência da cronicidade e a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais. Trata-se de novas formas de cronicidade que o manicômio ocultava, bem como da persistência de um núcleo rígido – pequeno, mas irredutível – resistente à desinstitucionalização e necessitado de um teto, de cuidados sociais e, por vezes, de assistência à saúde pela vida afora. São os grandes deficientes, os inválidos físicos e psíquicos, os doentes neurológicos, os antigos epiléticos, os sifilíticos dementes, os débeis mentais, os esquizofrênicos residuais, os obsessivos lobotomizados... homogeneizados por longos anos de manicômio, com suas estereotípias e seu aspecto de deserdados sociais. É o grupo que resta depois dos processos de habilitação, carente de um meio muito protegido de vida que oscila entre um hospital de cuidados mínimos e uma residência assistida.

Em todos os processos de reforma houve a tentação de abandonar esses pacientes, deixando-os – mediante poucos recursos e junto ao pessoal mais cronicizado – desaparecer em uma deterioração progressiva nos restos dos manicômios. Eles não puderam ser auxiliados pela comunidade terapêutica, pela psicoterapia institucional ou pelas assembleias basaglianas, nem tampouco pelas atuações terapêuticas mais convencionais, desde a psicofarmacologia até a psicoterapia.

A questão era outra. E outras, portanto, são as respostas. Dos limites de uma clínica e de serviços concebidos na cultura da crise e do paciente agudo, após várias décadas de desinstitucionalização, surgiram, já no fim dos anos 70, das mãos de associações civis voluntárias, de familiares e de autoajuda – que desde longa data vinham cobrindo insuficiências sociais e afetivas dos serviços de saúde mental – os programas de reabilitação e de apoio comunitário. Houve mudança de orientação. Perdida a *onipotência médica* – a totalidade da pronta recuperação, que, ao se fazer impossível, leva ao abandono fácil e costumeiro –, passou-se da cura para o cuidado, a psicoeducação e o treinamento. E também a implantação de técnicas específicas para aumentar capacidades e habilidades, níveis de autonomia e qualidade de vida dos pacientes, ao mesmo tempo que se atuava sobre a família mediante o fornecimento de apoio e informações sobre a doença.

Tratava-se de tornar a vida desses pacientes a mais habitável, menos incapacitante e mais digna possível. E isso, dando um novo estatuto à reabilitação fora da desprofissionalização, do universo de boas intenções tão próprio do voluntariado beneficente, e buscando respostas técnicas tanto para a recuperação das aptidões quanto para o uso dos meios protegidos de vida, que passaram a ser instrumentos técnicos nas mãos de técnicos.

Na realidade, os princípios da prevenção terciária ou reabilitação, inspiradores, juntamente com outros conceitos de saúde pública, de textos constitutivos das teorias da reforma psiquiátrica, sempre tinham sido, na prática, abandonados, quando não ignorados. Até a década de 80, a reabilitação limitava-se a atuações desprofissionalizadas – qualquer um podia praticar a reabilitação e valia tudo –, ou, nas palavras de um clássico da reabilitação, Douglas Bennet, era uma espécie de ciência popular que se praticava na base da fé, da esperança e do olho aguçado (Watts & Bennet, 1990).

O atendimento dos chamados casos agudos, a psiquiatria no hospital geral ou o atendimento supostamente comunitário de diversas experiências procuravam desconhecer o futuro incerto de muitos de seus pacientes que nunca

ficavam inteiramente *curados* e iam abandonando seus consultórios. Isso, para não mencionar os pacientes crônicos que continuavam asilados ou que tinham sido transformados em pacientes externos no processo de desinstitucionalização.

No entanto, a questão da cronicidade, sobretudo a incapacitante, converteu-se em questão de credibilidade das reformas. Não se podia retirar os doentes mentais dos manicômios sem haver meios adequados na comunidade, sem existirem serviços alternativos; nem tampouco se podia deixá-los nessas instituições. Isso não era possível por simples questão de humanidade, de dívida histórica para com o resultado de um passado malfadado da psiquiatria; não era possível porque a sobrevivência do manicômio distorce²⁴ qualquer organização de serviços alternativos. Ele se mantém como um saco sem fundo, uma tentação permanente diante do incômodo ou da impotência técnica; uma lixeira para aquilo que ninguém quer, um recurso fácil na contratransferência das equipes profissionais ou na ignorância ou oportunismo. É um quarto escuro que perverte todas as reformas. Acredita-se que fornecer respostas adequadas para as diferentes formas de cronicidade é uma pré-condição do atendimento psiquiátrico público. Deter-se por um momento na consideração desse tema é crucial para uma reordenação dos serviços, tanto em sua conceituação quanto nas formas de respostas que vêm sendo dadas na atualidade.

OS VELHOS E NOVOS PACIENTES CRÔNICOS

Define-se como doente psiquiátrico crônico aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e que afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social, embora possa revelar-se complexo definir concretamente a duração e o grau de incapacidade ou o tipo de recursos assistenciais necessários. Trata-se de doenças crônicas e incapacitantes que hoje constituem, graças ao envelhecimento da população e às mudanças nos padrões de morbidez e mortalidade (substituição das doenças infecciosas e carenciais pelas doenças crônicas e degenerativas, nos países desenvolvidos), um desafio para as ciências da saúde e para os sistemas sanitários projetados com base em uma medicina de pronta recuperação.

O aumento da demanda ambulatorial, hospitalar e de meios protegidos de vida vêm paralisando os serviços sanitários e sociais, levando as emergências a entrarem em colapso e convertendo as salas dos hospitais em albergues. Na psiquiatria, a questão da cronicidade perpassa a especialidade ou especialidades

da saúde mental desde suas origens, interpelando seus fundamentos epistemológicos e suas estruturas assistenciais. As doenças mentais são, na medicina contemporânea, um paradigma da cronicidade, das formas marginalizadas de atendimento, o expoente máximo de uma assistência custodial na qual se confunde o social com o sanitário.

Não à toa a psiquiatria, como já exposto em capítulos anteriores, configurou-se no espaço custodial do manicômio, do hospício – como assim denominou Esquirol. E isso em muito pouco tempo, após um breve momento de otimismo terapêutico próprio dos alienistas²⁵ em torno do conceito de incurabilidade e, portanto, de cronicidade.

A elaboração da noção de *delírio crônico de evolução progressiva*, e mais tarde, de *delírio crônico de evolução sistemática*, representou a introdução do epíteto *cronicidade* na nosografia da doença mental francesa, que ganhou forma definitiva com Magnan (Lantéri-Laura, 1972). E mais, na Alemanha: “Os acessos passam, mas a doença fica”, como diria Kraepelin, cristalizando um saber psiquiátrico que acreditava conhecer o futuro das doenças mentais: uma evolução cronicizada, com destino demencial.

A loucura moral ou das paixões, própria da medicina do Iluminismo, com a qual se iniciou o edifício teórico da psiquiatria como especialidade médica, levou-o a uma pronta conclusão. A deficiência, a deterioração e a incapacitação progressiva ocuparam seu lugar, junto com as ideias de periculosidade e degeneração, na laboriosa construção do edifício teórico da psiquiatria, na conceituação das doenças mentais que foi do Iluminismo ao Positivismo e que culminou na nosologia kraepeliniana. Tais categorias reafirmaram-se na literatura e na clínica psiquiátrica desde aquele momento até os dias atuais, pois, embora tenham perdido seu caráter de paradigma epistemológico, não foram substituídas por novos conceitos aceitos pelo consenso científico. Mas, se a reflexão psicopatológica convida a que se interroge sobre as relações entre a doença mental – especialmente a psicose – e o tempo, a aproximação institucional – resposta a uma consideração social – inaugura uma análise sobre as consequências das formas de atendimento no prognóstico e até na configuração dos quadros clínicos das doenças mentais.

A cronicidade psiquiátrica remete à evolução de uma doença, à sua duração e persistência, mas também a uma situação social que estabelece as formas de atendimento. O portador de doença crônica psiquiátrica não se assemelha a um diabético ou a um portador de insuficiência renal; o tipo de resposta gerado

centraliza-se mais na condição de marginalização. Nos Estados Unidos, o tipo de demanda que se estrutura ao redor do “ser esquizofrênico” é mais parecido com o produzido pelo “ser negro”, “ser hispânico” ou “ser imigrante ilegal” (Desviat, Fernández Liria & Rendueles, 1986), embora na Europa não se esteja muito longe dessa ideia. “Fala-se dos loucos como dos negros, dos imigrantes sem recursos ou dos portugueses” (Gentis, 1972: 9-10).²⁶

A cronicidade liga o contexto sanitário, as formas assistenciais e as percepções sociais da doença mental. Há um ponto de encontro entre a alienação individual e algumas formas sociais de assistência e controle. O asilo fabrica um tipo de doente crônico que chega a ser considerado como o doente crônico psiquiátrico, num paralelismo que equipara o manicômio à cronicidade, até que a desinstitucionalização evidencia que esta não pode ser reduzida à concepção clássica das deficiências, nem tampouco à reclusão manicomial. Quer se trate de destino biológico ou social, quer de estrutura intrapsíquica, a clínica nos ensina que a evolução da cronicidade se assenta em alguns elementos particulares dos processos psicopatológicos, em especial das psicoses.

Hoje, questionado o hospício, as perguntas concentram-se na nova cronicidade que surge sem *o duplo da marginalização*, sem os muros do manicômio. As *novas instituições* atendem explicitamente ao desejo de romper com um passado tido como produtor da cronicidade. Por mais ambígua e contestável que possa afigurar-se essa concepção, não deixa de descrever uma realidade histórica: a cumplicidade fatal entre doença mental e instituição, entre atendimento e adaptação à instituição. É uma prova da dupla alienação do doente mental de que falou Goffman (1970): pelas particularidades da doença e pela situação social e/ou institucional do adoecido.

Trata-se de *novas instituições* que não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, que, entretanto, também produzem suas formas de cronicidade, a das chamadas estruturas alternativas, intermediárias ou comunitárias. As atividades dos centros de saúde mental – mesmo em seus programas mais comunitários, como visitas domiciliares, programas de acompanhamento da cronicidade e outros – podem converter-se em uma atuação ritualizada: conteúdo estereotipado das entrevistas e frequências inalteradas, em consequência dos neurolépticos de efeito prolongado ou do hábito. Torna-se cada vez mais evidente a cronicidade dos hospitais-dia, dos centros de reabilitação e até a cronicidade da crise, os *chronic crisis patients* – a cronicidade crítica da demanda aguda nos serviços de emergência.

Analisando a cronicidade na prática setorizada, afirmam Piedinelli e Bertagne (1988: 9-18):

Os pacientes situam-se numa relação de estreita dependência dos técnicos, geralmente utilizando os lugares e as pessoas de forma ritualizada, assim como, às vezes, na medida de seu delírio. Sua vida parece completamente condicionada pelas diferentes ‘instituições’ do setor, cada qual detentora de um ‘potencial de cronicidade’ às vezes insuspeitado.

É a circulação entre diferentes lugares de cronicização, mantida por uma descontinuidade pouco estruturante e amoldada à fragmentação psicótica. “Há nisso algo da cronicidade”, prosseguem Piedinelli e Bertagne (1988: 9-18), parafraseando Kraepelin: “como no delírio: os temas mudam, mas o processo permanece.” De forma menos radical, poderia se dizer que toda instituição cria suas formas de cronicidade, as quais, no entanto, são-lhe específicas.

Seja como for, após várias décadas de trabalho na comunidade, viu-se surgir uma nova cronicidade que não passou pelo asilo; um sedimento que permanece nos consultórios, ano após ano; um vasto grupo dependente dos serviços de saúde mental, com ou sem hospitalizações breves em unidades psiquiátricas. “Talvez seja nossa honra, sem dúvida nosso destino, envelhecer junto a nossos pacientes: perdurar com eles”, escreveram Zagury e Chazaud (1986: 299-302) ao analisar a cronicidade na prática do setor francês. São novos padrões de cronicidade de grande ubiquidade – distantes do hospitalismo, conhecedores da *porta giratória* e irredutíveis ao leque dos serviços terapêuticos comunitários –, que questionam o otimismo inicial da reforma psiquiátrica e que levaram De Salvia (1986: 69-85) a dizer: “Na Itália de hoje, o problema da internação prolongada foi substituído pelo da assistência prolongada nos territórios”.

A questão já não é a oposição entre agudo (doente público privilegiado ou atendido em caráter particular) e crônico (habitante do manicômio). A prática direta na comunidade mostra a frequência dos distúrbios mentais estabilizados que, uma vez superados os momentos de crise, podem instalar-se sob a forma de pequenos distúrbios, sintomas persistentes e limitadores da capacidade de viver. Estes definem, em última instância, certa perda da capacidade de gozar, da economia dos *quanta de plaisir*...²⁷ São séries humanas que, nas palavras de Jean-Paul Sartre, “deixam de viver suas vidas como um conjunto de escolhas e mediações, para transitar por elas como uma enfermidade” (Sartre, 1963).

É evidente que a evolução das doenças mentais, sobretudo da psicose, está estreitamente vinculada às formas de atendimento. Como já se afirmou repetidas vezes, os primeiros programas e dispositivos da reforma psiquiátrica não foram elaborados (nem tampouco a formação de seus profissionais) para enfrentar a cronicidade grave e incapacitante, e, na maioria das vezes, nem sequer criaram os recursos básicos de atendimento e alojamento. Surge a necessidade de novas instituições e programas.

OS PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

Há quem situe a origem da reabilitação psiquiátrica nos encontros do grupo de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos denominado Não Estamos Sós (do inglês: *We Are Not Alone – Wana*) na escadaria da Biblioteca Pública de Nova York, na década de 1940. Um grupo de mulheres interessadas em prestar apoio a esses pacientes fundou uma organização chamada Fountain House. Era um clube social para pacientes psiquiátricos, com assistentes sociais voluntários e meia dúzia de profissionais da saúde mental (Dincin, 1991: 151). Poucos anos depois, em 1955, a organização incorporou um programa de capacitação ou aperfeiçoamento para o trabalho dos pacientes. Outras organizações começaram a ser criadas em torno de programas para pacientes mentais. Entre elas destacam-se as que foram fundadas, nos anos 50, pelo Conselho Nacional de Mulheres Judias (The Thresholds, em Chicago; Hill House, em Cleveland; Council House, em Pittsburgh; e Bridge Haven, em Louisville, entre outras).

Tratava-se de organizações que foram desenvolvendo, nos Estados Unidos, os programas de reabilitação que os centros de saúde mental, de caráter mais clínico, não implantavam, salvo raras exceções.

Os centros [de organizações não governamentais] constituem instituições sociais privadas autofinanciadas, sem fins lucrativos, sem orientação nem direção médica determinada, mantidas mediante combinação de verbas provenientes de contribuições de pessoas físicas, fundações, empresas, agências estatais de saúde mental, órgãos federais, da Agência Federal de Reabilitação Vocacional e dos Conselhos de Educação. A maioria dos centros tem sede própria, separada de qualquer hospital ou outra instituição comunitária (...). Alguns contam com oficinas protegidas, outros são dotados de programas de orientação vocacional, enquanto outros dirigem empresas, sendo que alguns incluem as três tarefas mencionadas. A infraestrutura de alojamento

é importante nos centros, mas existe uma grande diferença na quantidade dos serviços residenciais oferecidos. (Dincin, 1991: 152)

Existem, entretanto, os grupos de autoajuda. Como o Recovery INC, que conta com mais de mil grupos entre os Estados Unidos, o Canadá, a Irlanda e a Grã-Bretanha (semelhantes aos Alcoólicos Anônimos em seu funcionamento), ou os clubes de autoajuda.

O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos criou, em fins dos anos 70, os programas de apoio na comunidade²⁸ baseados em um sistema comunitário de suportes – uma rede tremendamente diversificada de alojamentos, lares, centros de reabilitação e trabalho protegido –, em colaboração com associações civis: famílias, usuários, voluntários sociais e outros. Trata-se de um novo universo, de orientação majoritariamente psicoeducacional, que torna necessária a coexistência de registros diferentes. Nele impera a regra, proposta para o sistema setorizado por Hochmann (1971), de não usar nem criar nenhuma instituição especializada antes de se haver utilizado todas as possibilidades da comunidade em que o paciente vive.

De forma desigual, por países e até por regiões, vai-se estabelecendo uma multiplicidade de programas e instituições a partir do governo ou de entidades civis (a participação das famílias – que assumem papel de enorme importância – e dos próprios usuários convertem-se em pedras angulares dessas novas técnicas), que procuram reabilitar ou habilitar os pacientes mentais incapacitados, oferecendo estruturas de transição e acomodações mais ou menos protegidas. No melhor dos casos, trata-se de uma rede tremendamente diversificada de lares residenciais, centros de reabilitação e trabalho protegido, em colaboração com associações civis formadas por familiares, usuários e voluntários sociais. Os enfoques teóricos que instrumentam os programas de reabilitação são variados, embora, nos últimos anos e coincidindo com sua legitimação definitiva no processo de reforma, o enfoque predominante seja o psicoeducacional.

Autores como Watts, Bennet, Anthony, Liberman ou Farkas construíram um modelo teórico e prático que se tornou dominante. Aplicam uma concepção psicossocial ao tratamento das incapacidades e deficiências geradas pelas doenças mentais crônicas. Seu principal objetivo é permitir que os pacientes crônicos obtenham o máximo grau de autonomia em um ambiente que seja o mais normal possível. Para isso, as novas técnicas de orientação cognitiva e educacional procuram reforçar os recursos pessoais de cada paciente e facilitar as formas de apoio

socioafetivo tanto para ele quanto para sua família, necessários para elevar suas condições de vida assim como a qualidade de vida dos usuários e seus familiares.

Os estudos sobre a esquizofrenia, distúrbio absolutamente hegemônico na cronicidade psiquiátrica grave, aprofundam-se nos conceitos de vulnerabilidade ao estresse. “O modelo do estresse-vulnerabilidade-enfrentamento-competência nos distúrbios mentais”, segundo Liberman,

explica o início, evolução e desenlace dos sintomas, assim como o comportamento social, como uma interação complexa entre fatores biológicos, ambientais e comportamentais (...). A vulnerabilidade psicológica pode resvalar numa sintomatologia psicótica, quando os acontecimentos vitais estressantes ou a tensão ambiental familiar ou no trabalho perturbam as possibilidades de enfrentamento (...). Os principais fatores de proteção são a capacidade de enfrentamento e a competência dos indivíduos, a família, os sistemas de apoio naturais e o tratamento profissional (...). São também fatores de proteção os programas de reabilitação que incluem a aprendizagem de habilidades, o apoio social ou o emprego transitório. (Liberman, 1993: 45)

Em outras palavras, esse modelo leva em conta o indivíduo com certo estado de vulnerabilidade psicobiológica, o qual, ao ser exposto a fatores estressantes, pode adoecer, a menos que tais fatores sejam contrabalançados por outros de proteção. A reabilitação procura desenvolver habilidades que permitam ao paciente melhorar seu manejo do cotidiano e sua competência, tornando-se menos vulnerável. A reabilitação atua nas três áreas que compõem a vida de um indivíduo: trabalho, descanso e lazer.

Todo indivíduo precisa satisfazer suas necessidades básicas de alimentação e proteção. Embora isso não seja uma responsabilidade direta do programa, (...) a possibilidade de que o paciente tenha essas necessidades atendidas constitui a condição *sine qua non* de qualquer programa de reabilitação. (Egri, 1992: 248)

Insiste-se nas aptidões adaptativas dos indivíduos e suas famílias e nos sistemas naturais de apoio. O doente mental crônico sofre prejuízos em sua autoestima, sejam eles inerentes à própria doença (reconhecimento da própria vulnerabilidade, insegurança, desmoralização etc.), ao tratamento (hospitalismo, efeitos secundários da medicação) ou ao meio social (falta de apoio ou franca rejeição). Cada paciente exige um programa único, individualizado, que alie

suas necessidades e possibilidades às da comunidade (padrões culturais, recursos, idiossincrasias). Indivíduos diferentes, enquadres diferentes, mesmo que se esteja acostumado ao contrário. Em vez de elaborar ações terapêuticas e reabilitadoras que levem em consideração as necessidades dos pacientes, eles são obrigados a se adaptar a enquadres estereotipados. E, quando não se adaptam, como escreve Bachrach (1993), são considerados intransigentes e difíceis – intratáveis, como se diz na Espanha.

São três os elementos que, para Rebolledo e Pastor (1991a), caracterizam um programa de reabilitação: o treinamento de habilidades para enfrentar situações de vida e para o desempenho de papéis sociais valorizados (como o trabalho ou as relações afetivas); apoio socioafetivo aos usuários e familiares que permita preservar as conquistas realizadas e o maior grau possível de autonomia; a ampla utilização dos recursos de inserção e participação social que são normais na comunidade, antes de recorrer ao uso de recursos específicos.

Particularmente, os programas devem considerar seriamente os fatores que provocam a cronicização, tanto institucionais quanto psicopatológicos, para prevenir e agir sobre eles. As ações praticadas, claramente individualizadas, devem opor-se à despersonalização, que está presente na evolução da psicose, o respeito pelo indivíduo, o reconhecimento de sua história e de seus desejos. Ante a indiferenciação, a diferenciação de papéis e competências, de projetos. Ante a intemporalidade, a continuidade temporal do atendimento, dos objetivos e dos projetos definidos. Ante o refúgio autista, a abertura para a vida e a sociedade. Ante a rigidez psicótica, dispositivos flexíveis e variados dentro de uma rede que permita a continuidade do atendimento.

Algumas experiências iniciadas em um momento de grande desenvolvimento da reabilitação, como as realizadas em Astúrias, Andaluzia, Navarra ou Madri, demonstraram a eficácia de trabalhar com programas alternativos. Demonstraram também, com suas insuficiências e acertos, que nenhum plano de transformação psiquiátrica é digno de crédito quando não contempla programas de atendimento à cronicidade. Tais programas, para serem eficazes, têm que fazer parte de uma rede de saúde mental territorializada que ofereça cobertura universal à população, desde o atendimento em crise, desde a emergência, até o alojamento protegido.

A própria lógica das ações de reabilitação gera a necessidade de novas respostas de apoio comunitário. Na zona sul de Madri, na experiência de Leganés, os programas de apoio comunitário – moradia, voluntariado e emprego – estão sendo reformulados, a fim de serem integrados em formas de gerenciamento

fundamentalmente civis. A participação da Associação de Saúde e Alternativas de Vida e da Associação de Consumidores, entre outras associações civis, tem-nos permitido agir em áreas onde o governo não pode ou, talvez, nem deva chegar (clubes sociais, posse das moradias, apoio econômico aos pacientes, atividades de lazer etc.).

Nestes tempos de debate sobre a reforma sanitária, sobre o tipo de serviços que o Estado deve prestar e sua eficiência diante de uma despesa exorbitante, e sobre a agilização da gestão – retardada pela centralização dos gastos, pela ausência de instrumentos que certamente não são patrimônio da medicina privada –, há dois aspectos que não podem ser esquecidos. O primeiro deles é a atenção para com a cronicidade – a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984) estima que os distúrbios mentais crônicos apareçam em cinco de cada mil pessoas da população mundial – e para com os grupos mais vulneráveis – a necessária discriminação positiva a partir da universalização do atendimento. O segundo aspecto relaciona-se a fórmulas não demagógicas nem ilusórias de participação dos usuários e suas famílias na gestão, especialmente em alguns programas.

O sistema sanitário e as ciências da saúde, ancorados em uma medicina reparadora, na mitologia da *cura*, devem experimentar novas respostas para reduzir essa cronicidade, talvez inevitável. Devem experimentar serviços amplos e flexíveis, coordenados com serviços sociais, centrados no atendimento e na reabilitação. Devem promover uma descentralização da gestão que permita projetos específicos por áreas da saúde, considerando as características demográficas, com programas que deem cobertura a toda a população e, em especial, aos grupos de risco – programas passíveis de avaliação que contemplem a integração de recursos hospitalares e ambulatoriais, o atendimento domiciliar, e que procurem evitar o germe da cronicidade em sua própria concepção, na própria resposta. Uma vez mais, tal questão não é específica da chamada saúde mental: a substituição das doenças infecciosas e carenciais pelas crônicas e degenerativas exige um levantamento global desse tema, de todos os serviços que intervêm na saúde.

Os pacientes mudam, assim como também suas necessidades. Muitas vezes, a cobertura ineficaz não é um problema econômico, uma questão de falta de verbas. Mais frequentemente, nas sociedades economicamente desenvolvidas, é uma falta de adequação técnica, de conhecimentos e de imaginação. Há pacientes que não fazem tratamento algum em zonas com recursos suficientes, porque o tipo de serviços prestados ou a forma de oferta dos serviços

é tão distante deles, de sua realidade cotidiana, que sua participação carece de sentido. A assunção dos serviços sanitários pelas comunidades como algo próprio, a capacidade de entender e aceitar seu funcionamento, é a base da qualidade da prestação de serviços de saúde.

6

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ESPANHA

A reforma psiquiátrica na Espanha começou tardiamente, em uma época de transição política após uma década de denúncias sobre a situação dos doentes mentais – vinculadas à luta política contra o franquismo – e de experiências isoladas frustradas, como as de Astúrias e Conxo. Foram circunstâncias históricas que permitiram, por um lado, conhecer as dificuldades, problemas e erros das reformas mais precoces, como as dos Estados Unidos, Reino Unido, França e Itália. E por outro – eram momentos de reconstrução democrática da sociedade espanhola, com a premência de mudanças globais nos serviços públicos –, a incorporação da transformação psiquiátrica na reforma da saúde e dos serviços sociais.

O modelo, explícito na própria Lei Geral de Saúde (LGS) promulgada em 1986 – estatal, inspirada nos princípios de um Serviço Nacional de Saúde –, defendia um atendimento comunitário, alternativo ao hospital psiquiátrico, contemplando a necessidade de estruturas intermediárias, de reabilitação e de reinserção social, em programas conjuntos com a assistência social (artigo 20 da LGS). Tais ideias foram-se configurando graças a grupos progressistas de profissionais, havendo inspirado as reformas que se iniciaram nos anos 1980 em diferentes regiões do Estado espanhol.

A marca política, que era a descentralização político-administrativa em regiões autônomas, e a herança do gigantismo social – uma importante infraestrutura pública hospitalar e ambulatorial em torno do Instituto Nacional de la Salud (Insalud), um instituto de saúde de mutualidade obrigatória – estabeleceram, logo de saída, as principais precondições de um atendimento comunitário: a universalidade, a territorialização e a implantação de um sistema, mesmo que precário, de atendimento primário.

A diversidade dos estados e regiões da nação espanhola condicionou um desenvolvimento desigual, às vezes mesmo dentro das grandes regiões como Andaluzia e Madri, o que constitui traço comum nas reformas psiquiátricas realizadas em outros países (Desviat, 1992).

ALGUNS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Na década de 90 a Espanha contava com uma população de aproximadamente 40 milhões de habitantes, numa área de 504.750 km². Ocupava a 23ª colocação entre os países com melhor padrão de vida, segundo relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, da Organização das Nações Unidas (Pnud/ONU), com um PIB *per capita* de 8.723 dólares e um índice de alfabetização de 95,4%. A verba destinada à saúde pública no orçamento de 1991 correspondia, à época, a 5,3% do PIB – 753 dólares por habitante²⁹ –, enquanto o gasto privado representou 1,6% do PIB. A taxa de desemprego era de 20% e a população economicamente ativa chegava a 30% dos habitantes (Duplessis *et al.*, 1991b). A expectativa de vida relacionada ao nascimento passou de 35 anos, em 1900, para 77, em 1990. Houve queda brusca na taxa de natalidade, com o consequente envelhecimento progressivo da população (12,1% com mais de 65 anos em 1986).

Quanto ao padrão de morbimortalidade, havia uma tendência similar à de outros países com semelhante configuração socioeconômica. As principais causas de mortalidade, comuns às sociedades desenvolvidas, são as doenças cardiovasculares (44,7%) e o câncer (22%), conforme dados de 1985 (Gil López *et al.*, 1992).

Na época, produziu-se uma rápida redução da taxa de mortalidade infantil (de 26,3% em 1970 para 9% em 1986), tendo havido aumento da incidência dos acidentes de trânsito e de trabalho (15% da população sofria de alguma limitação para desenvolver atividades consideradas fundamentais). Em relação à morbidade, as doenças crônicas e degenerativas substituíram as infecciosas e carenciais. No Levantamento Nacional de Saúde de 1988, 54% dos entrevistados declararam haver ingerido alguma bebida alcoólica nas duas semanas anteriores,³⁰ enquanto 54% dos homens e 22% das mulheres eram fumantes. Em 1989, o índice de suicídio foi de 5,4% em cada 100 mil habitantes, embora em duas cidades grandes – Madri e Barcelona – tenha subido para 10,1% e 8,9%, respectivamente.

No já citado Levantamento de Saúde, a prevalência de distúrbios crônicos de saúde mental detectada foi de 19%, ao passo que 23% apresentavam uma sintomatologia de distúrbios agudos, cifras estas próximas das indicadas por diferentes autores em relação a países ligados ao meio político e econômico espanhol. Numa revisão realizada no Conselho de Saúde da Comunidade Autónoma de Madri (1988), observou-se que a média de prevalência de distúrbios psíquicos na Europa era de 20,5% (19 pesquisas), e no caso da prevalência medida por intermédio de questionários (cinco estudos), correspondia a 18,4%.³¹

Quadro I – O sistema espanhol antes da Lei Geral de Saúde

- Maior importância do setor público: mais de 70% de financiamento e 70% de provisão.
- Multiplicidade de redes.
- Hegemonia do Insalud no setor público.
- Ausência de cobertura total (96% em 1987).
- Centralização no hospital.
- Baixo gasto com a saúde pública (em relação aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE).
- Escasseamento equitativo: desigualdade no acesso aos serviços conforme classe social, região e idade.
- Lei do cuidado inverso: o dispêndio tende a ser menor quando a necessidade é maior – grupos marginalizados, idosos, crianças etc.
- Caráter mais curativo, menos preventivo.
- Maior gasto sanitário farmacêutico da Europa, se comparado à renda *per capita* (20% da verba de saúde ante 12% nos países da Comunidade Econômica Europeia – CEE), sendo 50% hospitalar e 30% extra-hospitalar.
- Cinco vezes mais farmácias que nos países com população dispersa (os da Escandinávia, por exemplo).
- Mais estudantes de medicina que médicos, e mais médicos que enfermeiros.

Em Londres, os médicos assistentes consideravam que um quarto de seus pacientes tinham distúrbios mentais (Golberg & Huxley, 1990). Na Zona Sul de Madri, compararam-se os dados de um registro cumulativo de pacientes com as taxas de prevalência e incidência administrativa fornecidas pelos registros de outras regiões da Espanha, Reino Unido e Estados Unidos. Encontraram-se taxas semelhantes, sobretudo nos locais em que se trabalha com um modelo de

atendimento parecido (triagem de atendimento primário no Reino Unido e em áreas estudadas na Espanha): incidência de 8 a 12 habitantes em cada 1.000 e prevalência de 17 a 20 por 1.000 (Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés, 1991).³² Isso demonstra, como nos demais padrões de morbidade, que o acelerado desenvolvimento econômico e a melhoria dos estilos de vida situava a Espanha, naquele momento, ao lado das demais sociedades industrializadas.

BASES LEGISLATIVAS E ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA

Na Espanha, o projeto de lei sobre a saúde ficou em discussão durante dois anos, tendo provocado amplo debate entre partidos políticos, grupos sociais e categorias profissionais, sobretudo entre a classe médica. Chegaram a ser redigidos 14 rascunhos, como resultado das negociações com as forças sociais. Em 1986, finalmente, publicou-se a Lei Geral de Saúde, que estabeleceu a articulação de um sistema nacional de saúde apto a fazer vigorar o direito de todos os espanhóis à saúde – contemplado no artigo 43 da Constituição – e ser capaz de enfrentar o caos da situação sanitária espanhola (o Quadro 1 resume as características do sistema espanhol antes dessa lei, e o Quadro 2, os princípios da LGS).

Promulgada a Lei Geral de Saúde, a reforma sanitária passou a contar com uma base teórica inspirada na filosofia de um serviço público de saúde equitativo, universal e descentralizado (apoiado na configuração estatal das autonomias, que desenha um Estado quase federativo). O volume de recursos públicos, materiais e humanos, assim como a amplitude da cobertura, tanto hospitalar (especialidades) quanto de atendimento primário – esta última uma característica absolutamente original no conjunto europeu, e que se deveria agradecer, em suas origens, aos consultórios do *seguro* –, juntamente com a passagem das responsabilidades, em matéria de saúde pública, para as comunidades autônomas, situaram a Espanha, de modo quase irreversível, nas categorias de um Serviço Nacional de Saúde.

Seis anos após a promulgação da lei, as sombras da crise financeira e o crescimento irrefreável dos gastos com a saúde, somados ao lamentável Relatório Abril – cujo maior erro consistiu num equívoco: a eficiência administrativa não é apanágio da empresa privada, bem como a privatização não garante um funcionamento melhor, embora pressuponha o encarecimento de serviços menos

solidários (vide os Estados Unidos) –, levantaram dúvidas sobre a qualidade do sistema. Até então atormentado por uma gestão pouco eficiente (excessiva centralização das decisões, pressupostos irrealistas, impossibilidade de incentivo à carreira profissional etc.), esse mesmo sistema, apesar disso, havia alcançado um alto grau de funcionamento assistencial, geralmente com especialidades de qualidade e com um dos mais bem dotados serviços de atendimento primário do mundo.

Como assinalou Elola Somoza (1991) em artigo, não se tratava de reabrir o debate sobre o modelo do Serviço Nacional de Saúde – o que exigiria, no entanto, uma nova legitimação –, mas de desenvolver o Sistema Nacional de Saúde concebido pela Lei Geral de Saúde, concedendo um tratamento definitivo a aspectos como a universalização, estabelecendo um calendário para a transferência do Insalud para as Comunidades Autônomas³³ e instaurando um mecanismo mais coerente de destinação de recursos aos Serviços de Saúde (considerando-se a descentralização nas áreas da saúde). Por fim, criando uma nova estrutura organizacional das entidades sanitárias públicas (nova política de pessoal, de financiamento, investimentos, compras etc.), na qual fossem contempladas a investigação e a formação (que não podiam continuar dependendo da indústria farmacêutica por conta do *immediatismo* dos administradores). Ninguém pode discutir a necessidade de otimizar serviços públicos que gastaram, em 1993, cerca de 7% do PIB, mas a eficiência não deve manter-se distanciada do público. Como apontou Sabando (1992),

Não se pode romper a equidade do sistema, que é seu valor principal (...). A chave dos serviços públicos é a redistribuição da renda, através da prestação de serviços sociais. E não é correto dizer que, se essa equidade não for rompida, o sistema não poderá melhorar.

A eficiência é, para muitos, o que a sociedade mais valoriza, e pelo menor custo possível. Por isso, é difícil supor que a sociedade não deseje melhores serviços sanitários públicos.

Quadro 2 – Lei Geral de Saúde (Art. 46)

- Extensão dos serviços a toda a população.
- Organização adequada para prestar um atendimento integral à saúde, abrangendo a promoção da saúde e a prevenção das doenças, bem como o tratamento e a reabilitação.
- Coordenação e, conforme o caso, integração de todos os recursos públicos de saúde num único dispositivo.
- O financiamento das obrigações derivadas desta lei se realizará mediante recursos das administrações públicas, cotizações e taxas cobradas pela prestação de determinados serviços.
- Prestação de um atendimento integral à saúde, buscando altos níveis de qualidade devidamente avaliados e controlados.

ANTECEDENTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A GERAÇÃO DE 1927

Na Espanha, houve um primeiro momento de preocupação com a situação do atendimento psiquiátrico – a criação da Associação Espanhola de Neuropsiquiatras (1924) e da Liga Española de Higiene Mental (1927) –, que confluiu para um projeto de reforma durante a Segunda República (1931-1939). Esse esforço transformador evidenciou-se no decreto de julho de 1931 sobre a internação de doentes mentais,³⁴ cuja filosofia refletiu-se claramente em sua introdução: “A assistência ao doente psíquico em nosso país exige, com grande urgência, uma transformação da legislação em vigor” capaz de agilizar e possibilitar novas formas de tratamento, superando as práticas habituais “nos manicômios, que mais são prisões do que propriamente clínicas médicas”.

Refletiu-se também na criação de um setor de psiquiatria na Diretoria Geral de Saúde e em cada uma das Inspetorias Provinciais de Saúde; na criação do Conselho Superior Psiquiátrico – que fez um mapeamento da situação da psiquiatria; na de um Patronato de Assistência Social Psiquiátrica; na declaração obrigatória das estatísticas de saúde, seguindo a classificação de Kraepelin; e, por fim, na criação de duas cátedras de psiquiatria: a de Barcelona, ocupada por Mira e López, e a de Madri, cuja banca de juízes não chegou a se constituir por força do início da guerra civil.

Nessa época, a Liga Española de Higiene Mental organizou as chamadas Missões e Semanas de Saúde Mental, percorrendo, à maneira da Barraca de García Lorca, povoados e cidades, entre 1931 e 1936, a fim de procurar sensibilizar a população e os poderes públicos para os problemas da saúde mental, realizando atos “nos mais diversos ambientes e locais: aulas em universidades, ginásios, escolas e casas populares. Os oradores são não somente psiquiatras, mas também juristas, pedagogos e outros profissionais” (Valenciano Gayá, 1977: 94).³⁵ Ainda nas palavras de Gayá (1977), chegara o grande momento da psiquiatria espanhola.

Um grupo composto por psiquiatras da mesma geração – Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Villaverde, Prados Such e César Juarros – e por Mira y López e Germain, mais jovens, todos empenhados no projeto de renovação política, cultural e científica, nesse meio século de ouro da cultura espanhola que foi truncado pela guerra civil, elaborou pela primeira vez na Espanha uma psiquiatria de alto gabarito técnico. Ela unia à sua vocação investigadora e à sua “sede de informação universal, de ler e aprender tudo” (Laín Entralgo, 1969: 32-33), uma busca de respostas formativas, legislativas e assistenciais, na luta pela transformação das formas de atendimento psiquiátrico que então imperavam. A vitória fascista na guerra civil barrou toda a possibilidade de desenvolvimento democrático. A sociedade civil, a sociedade científica e a cultural desmoronaram. A reforma da saúde, iniciada com a Segunda República, terminou no exílio ou na marginalização interna, quando não nos cárceres ou na morte. Chegaram a ser promulgadas as *Normas para a Depuração dos Médicos* (Desviat, 1981).³⁶

AS DENÚNCIAS DOS ANOS 70

Em 1971, depois de longa interrupção, da *Longa Noite de Pedra* (Ferreiro, 1962), aprovou-se, em uma assembleia da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, em Málaga, a carta de fundação da Coordenadoria de Psiquiatria: uns poucos e ingênuos pontos que nos fazem lembrar os que haviam constituído a Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, em 1924. Um grupo da geração que havia cursado seus estudos na universidade nos anos 60, política e culturalmente convulsionada, ingressou no cenário da psiquiatria espanhola, retomando as atividades rompidas pela guerra civil.

Foram anos intensamente politizados, de mobilizações dos trabalhadores e, acima de tudo, de mobilizações universitárias contra a ditadura. Tempos de

denúncia e luta pela liberdade democrática, pela mudança social. Na saúde, foram os médicos residentes, do Congresso de Jovens Médicos realizado em Valência, e os psiquiatras dos manicômios, da coordenadoria de psiquiatria, os primeiros a propor a necessidade de uma reforma. Os referenciais da transformação psiquiátrica inscreviam-se nas experiências europeias e norte-americanas surgidas após a Segunda Guerra Mundial: a política de setorização e a psicoterapia institucional francesa; a comunidade terapêutica e a ordenação de serviços britânicos; a psiquiatria comunitária e a desinstitucionalização dos Estados Unidos; e a demolição basagliana do manicômio.

Eram experiências surgidas em plena euforia do *Welfare State*, que tentavam timidamente estabelecer-se na Espanha (em Astúrias, em Conxo, entre outros locais) no momento em que, tendo como cenário a crise econômica de 1973, começavam a serem vividas as primeiras dificuldades da desinstitucionalização: a persistência da cronicidade e a onipresença das novas formas desta, além do despreparo dos profissionais e da própria comunidade. Na Espanha de então, havia um nítido divórcio entre a psiquiatria oficial, aglutinada em torno das cátedras universitárias, e o grosso dos profissionais (psiquiatras dos manicômios e neuropsiquiatras do seguro)³⁷ que, em 1977, chegariam à Junta Diretora da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria.³⁸

Os anos 70 significaram uma etapa de denúncias e mobilizações, de sensibilização para o problema da saúde mental e de duras reportagens em uma imprensa propícia a isso – as fotografias do manicômio de Oña ou do de Valência, as grilhetas dos hospitais psiquiátricos de Ciudad Real ou de Salt, a exploração no de Alcohetze, os artigos de Tomas Arnoriaga e as reportagens das revistas *Sábado Gráfico*, *Triunfo* ou *Cambio 16*. Foi uma etapa na qual se forjou um consenso entre os profissionais e em que se deu, na opinião pública, a mudança imprescindível para que fossem iniciados os processos de reforma. Os pontos redigidos em 1978 pela comissão de assistência da Associação Espanhola de Neuropsiquiatria, tão amplamente divulgados pela imprensa, anteciparam o que seria o Relatório da Comissão Ministerial em 1986. E foram mais longe, em alguns aspectos. Eis alguns dos pontos:

- 2 – Formação de uma Comissão de Planeamento em cada região ou nacionalidade;
- 3 – Avaliação dos recursos de cada zona antes da utilização das verbas globais existentes, estabelecendo uma ordem de prioridade;
- 7.1 – Criação de equipes setoriais que abranjam a totalidade do atendimento, permitindo o acompanhamento de cada doente em qualquer momento de sua enfermidade e em qualquer das estruturas da rede pública de sua zona;

7.2 – Cada equipe deve estudar epidemiologicamente sua zona, aproveitando todos os recursos sanitários e sociais existentes, antes de sua configuração definitiva; 7.3 – Separação entre a psiquiatria e a neurologia nos ambulatorios da Previdência Social; 7.6 – Dedicção exclusiva por parte de todo o pessoal do setor; 7.9 – Estabelecimento de condições de preparo pessoal e orçamentário para garantir a atividade do centro; 7.10 – Restabelecimento dos direitos do interno [doente mental], com a intenção de devolver à pessoa internada a autonomia e a identidade perdidas no processo de cronicização manicomial; 7.11 – Criação de estruturas como clubes de doentes, hospital-noite, hospital-dia, oficinas protegidas e casas protegidas; 9 – Julga-se prejudicial a criação de centros especiais para doentes perigosos [um relatório governamental defendia a criação desses dispositivos], alcoólatras de internação prolongada e toxicômanos; 10 – A assistência psiquiátrica deve ser financiada pelo Estado, sem nenhuma discriminação em relação ao restante da saúde no país. (Desviat, 1978: 9)

No fim dos anos 60 e início dos 70, realizaram-se na Espanha duas experiências frustradas – o tímido apoio dos governos voltou atrás imediatamente –, iniciadas em torno de José Luís Montoya e de um grupo de profissionais muito jovens – em Astúrias e em Conxo. Houve também um conjunto de conflitos que não chegaram a ser resultantes de experiências reformadoras, mas de movimentos de protesto diante da escandalosa situação da psiquiatria no país. Seria preciso esperar pelos anos 80, depois de a democracia avançar bem, para que tivessem início as reformas psiquiátricas em câmaras municipais e, mais tarde, em comunidades autônomas com governos de esquerda.

AS EXPERIÊNCIAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Quando a Espanha realizou suas primeiras eleições democráticas, em 1977, o atendimento aos problemas de saúde mental reduzia-se aos hospitais psiquiátricos – em sua maioria, a cargo das câmaras municipais e de centros religiosos conveniados –, às consultas de neuropsiquiatria do Instituto Nacional de Saúde e a um pequeno conjunto heterogêneo de centros de saúde mental municipais e da rede beneficente estatal, bem como a uns poucos leitos em hospitais gerais universitários, sem nenhuma população determinada para atender.

Na Espanha, o número de leitos nunca fora muito grande, o que iria facilitar a reforma. Considerando o estudo realizado por Freeman, Fryers e Henderson (1986), não existia no país, em 1982, nenhum hospital com mais

de mil leitos,³⁹ em comparação com os 23 do Reino Unido, os vinte da Itália e os 19 da Polônia. O número de leitos nos hospitais psiquiátricos situava-se em 43.132 (1,15 por 1.000) e havia 3.346 nos hospitais gerais (0,09 por 1.000), comparados aos 1,68 e 0,21 por 1.000 da Inglaterra e País de Gales, respectivamente, e aos 1,41 e 0,05 por 1.000 da Itália (o índice de leitos psiquiátricos variava, na região europeia, de 4,12 por 1.000 habitantes na Irlanda a 0,17 por 1.000 em Marrocos, conforme texto de 1985, da OMS).

De acordo com estatísticas do Ministério da Saúde e Consumo, em 1982 havia 37.613 leitos psiquiátricos públicos – incluindo os conveniados –, ficando 91% situados em hospitais psiquiátricos (quase todos imobilizados pelas internações vitalícias) e 9% nos hospitais gerais. Havia ainda 403 leitos em dois hospitais psiquiátricos penitenciários. Os psiquiatras dividiam-se: eram 2,6% nos hospitais (17% nas internações breves e 43,6% com pacientes crônicos) e 1,6% no atendimento extra-hospitalar (Desviat, 1987b).

Em um estudo sobre a população de pacientes internados por períodos extensos (mais de seis meses de internação ininterrupta), realizado por Jorda Moscardo, Espinosa e Gomez Beneyto (1986) em oito hospitais psiquiátricos localizados nas províncias de Alicante, Oviedo (Astúrias), Castellón, Huelva, Leganés (Madri) e em Bétera, Jesús e Misericórdia (Valência), a média etária dos pacientes internados era de 57,7 anos; 39,6% deles eram analfabetos e 49,7% tinham instrução fundamental incompleta (1% dos pacientes tinham o curso médio e 0,5% haviam feito estudos superiores). Um total de 39,9% dos internados nunca havia trabalhado (entre os que haviam realizado algum trabalho, 46% não tinham nenhuma qualificação e apenas 12,3% eram trabalhadores qualificados). Na ocasião do estudo, 62,3% não trabalhavam, não estavam aposentados ou em licença, nem exerciam atividades informais; já os aposentados ou inválidos somavam 35,8%.

No hospital, metade deles não fazia nada. Uns 10% trabalhavam e 16% frequentavam a terapia ocupacional. Os solteiros somavam 83%; 17% passavam mais de 35 anos internados; 36% apresentavam alguma doença e/ou defeito físico que interferiam em sua saída; 1,3% tinham sido lobotomizados. O diagnóstico declarado era, em primeiro lugar, esquizofrenia e estados paranoides (45%); em segundo lugar, retardo mental (28%); em terceiro, psicoses orgânicas (7,1 % dos casos). A dependência de drogas abrangia 3,3% dos internados por períodos extensos, e 7,4% dos pacientes pesquisados não tinham documento de identidade.

No entanto, a ausência de legislação específica situava a Espanha em uma vanguarda jurídica reivindicada por juristas, psiquiatras e movimentos de defesa dos direitos civis dos doentes mentais.⁴⁰ Com a reforma do Código Civil de 1983, os juízes passaram a ter que autorizar as internações para garantir a salvaguarda dos direitos do doente mental de forma inespecífica, como em qualquer outra situação ou enfermidade em que o sujeito fique transitoriamente impossibilitado de se autogerir. A tutela deixa de ser uma prerrogativa exclusiva dos médicos e familiares, no intuito de proteger a liberdade e o patrimônio dos supostos incapazes. Pois bem, diversamente das possibilidades que o Código Penal obviamente lhe oferecia, o juiz não ordenava, mas autorizava a internação psiquiátrica. Na medida em que a internação era uma medida terapêutica, a decisão última sobre sua conveniência cabia ao médico. Com o artigo 211⁴¹ termina, aparentemente, o poder extraordinário dos médicos, cristalizado no estatuto dos alienados desde a lei francesa de 1838.

Dez anos depois de iniciada a reforma psiquiátrica, o processo revelou ter sido muito desigual. Como bem assinalou o relatório do *Defensor del Pueblo*, o hospital psiquiátrico continua a ser

o eixo da assistência psiquiátrica e o principal dispositivo em matéria de saúde mental em alguns âmbitos territoriais, sem que sua estrutura tradicional tenha variado substancialmente – por exemplo, em Baleares, Cantábria, Canárias, Estremadura e Catalunha, embora esta última experiência tenha sido simultânea ao desenvolvimento paulatino de sistemas de atendimento comunitários com hospitais psiquiátricos, sem haver transformação destes. (*Defensor del Pueblo*, 1982)

Na Catalunha existe um dado diferencial – a importância dos convênios com a psiquiatria privada, uma importância comum a toda a medicina e que condicionou toda a reforma. Os centros de saúde mental situam-se na linha de frente, como porta de entrada. Nessas comunidades, assim como no País Basco, em seis anos o número de leitos não chegou a diminuir.

De 1986 a 1991, houve um aumento dos leitos psiquiátricos nas Canárias (13,63%), em Baleares (2,06%) e em Castilla La Mancha (20%), que abriu novo manicômio em 1991. No conjunto do país, houve uma redução, nesse mesmo período, de 24,1% (7.420 leitos). Segundo dados das CCAA, os leitos para estada média e prolongada em hospitais públicos somavam 11.535, o que representava um índice de 29,58 por cada 100 mil habitantes e uma redução do total em relação a 1982. As variações iam de 7,7 em Murcia para 1,22 em

La Rioja. Os leitos situados nos hospitais gerais representavam uma taxa de 0,61 por 10 mil habitantes, embora se incluíssem nesse número os leitos para permanência prolongada – Castellón, Zamora e Madri – assim como para os casos de toxicomania (o número de leitos é um indicador pouco fidedigno, caso não seja incluído no contexto dos modelos e dos recursos).

Segundo o relatório do *Defensor del Pueblo*, nas 17 unidades estudadas a estada hospitalar média (e este, sim, é um indicador que assinala um bom nível de funcionamento) era inferior a vinte dias. Quanto aos dados referentes aos recursos ambulatoriais e de reabilitação existentes no Ministério da Saúde, são pouco confiáveis.⁴² Não foram estabelecidos critérios prévios, de modo que se considera centro de saúde mental o consultório de um psiquiatra com um enfermeiro, ou toma-se por centro-dia um conjunto confuso de atuações dentro de um hospital psiquiátrico.

Outra questão muito importante e apenas parcialmente resolvida referia-se à formação dos profissionais da saúde mental. Contava-se com um programa bastante avançado de formação de médicos psiquiatras, mas eram muitas as unidades docentes credenciadas que não podiam cumpri-la por falta de uma rede de serviços completa. Como é evidente, essa circunstância também condicionava a formação do restante dos profissionais da saúde mental. Sem se mencionar a pesquisa. O capítulo da pesquisa e desenvolvimento em saúde mental reduz-se, salvo escassas exceções, aos testes clínicos farmacológicos.

Essa diversidade da reforma foi condicionada pela vontade política das regiões e pela existência de um grupo de técnicos decididos a implantá-la. O compromisso político pôde ser constatado pela existência de normas e planos para a saúde mental e, acima de tudo, pela destinação de recursos suficientes, como assinalou a OMS ao se referir aos indicadores da política sanitária (Espanha, 1986) (apenas seis comunidades – Aragón, Canárias, Santábria, Estremadura, Murcia e La Rioja – não contavam com plano de saúde mental, embora boa parte dos que existiam fossem pouco funcionais, constituindo tão somente uma declaração de intenções).

Os grandes objetivos assistenciais assinalados no artigo 20 da LGS e desenvolvidos no Relatório da Comissão para a Reforma Psiquiátrica, foram aceitos por políticos e técnicos com diferentes níveis de entusiasmo. A integração de todos os recursos psiquiátricos públicos, consolidada ou não pelas transferências autônomas, pela divisão em zonas e pela integração no aparelho geral da saúde, foram elementos comuns às comunidades que, particularmente, mais

avanzaram no processo de reforma: Andaluzia, Astúrias, Navarra e Madri. Seus resultados, na falta de indicadores mais precisos, puderam ser avaliados pelo grau de desinstitucionalização e de criação de redes alternativas. Madri, Navarra e Astúrias contavam, além disso, com um registro cumulativo de pacientes que podia permitir-lhes uma gestão assistencial mais adequada e eficiente.

Nessas comunidades, o processo de superação do manicômio era quase irreversível.⁴³ No caso de Andaluzia, por sua situação socioeconômica, sua diversidade e extensão territorial (17,65% da população global, com 17,3% do território nacional), com grandes diferenças de hábitat, demografia e estrutura socioeconômica em suas oito províncias (situada abaixo da média nacional, com características próprias de um relativo subdesenvolvimento ao se iniciar a reforma). No caso de Madri, por sua importância capital e suas características de grande metrópole. Eram essas as duas comunidades onde existiam maiores desigualdades no desenvolvimento da reforma, com zonas que atingiram todos os objetivos básicos (como a Zona Sul de Madri, por exemplo, que abrangia um milhão de habitantes da área metropolitana) e outras que mantinham situações manicomialais. Já Astúrias e Navarra eram comunidades de extensão e população reduzidas: uma contava com um milhão de habitantes e outra com meio milhão, respectivamente, o que facilitou a reforma.

Quanto às respostas organizacionais, foram diferentes, iniciando-se com a criação de instituições específicas de planejamento e gestão, definidas com um caráter provisório e justificadas pela dispersão administrativa dos recursos da saúde mental: câmaras de deputados, o Estado, o Insalud e os municípios (Instituto de Saúde Mental de Madri, Instituto Andaluz de Saúde Mental, Instituto Valenciano de Saúde Mental, Diretoria Geral de Saúde), que foram desaparecendo progressivamente, integrando-se às estruturas normalizadas do sistema sanitário.⁴⁴

ALGUMAS CONCLUSÕES

Não é fácil avaliar uma reforma ainda inacabada. Tampouco foi intenção fazê-lo nestas páginas, mas tão somente assinalar alguns aspectos, algumas características da reforma espanhola. Em primeiro lugar, sua vinculação com um processo de reforma sanitária e – sobretudo em suas origens – com um ideal de mudança da sociedade em geral. Mas essa indubitável politização da reforma não pressupôs a colocação da doença mental entre parênteses, nem

a substituição da técnica pela ideologia (para algo serviu o longo processo de debate e de experiências frustradas dos anos 70). Nos locais de ponta da reforma, a pretensão era de que ela avançasse tanto no campo assistencial quanto no formativo e no de pesquisa.

Em segundo lugar, a organização dos programas no território, a continuidade do atendimento, o conceito de área e a utilização de ferramentas epidemiológicas (registro de casos, padrões de uso e outros mais), aliados ao trabalho no atendimento primário, talvez representassem o que havia de mais significativo na reforma espanhola.

Em terceiro lugar, havia o apreço beligerante pelo público, pois sem dúvida se podia afirmar, à época, que o atendimento à saúde mental impôs na Espanha, junto com o atendimento primário, uma concepção pública inovadora, social e tecnicamente avançada. Modelo próximo do cidadão, preocupado com as populações frágeis. Um modelo indiscutivelmente eficiente, mas confrontado com interesses e insolvências dissimuladas de profissionais e administradores. Um sucesso que, em suas versões mais acabadas, veio a situar a psiquiatria pública espanhola como referência no cenário internacional.

As possibilidades de manter e desenvolver esse modelo, porém, ficaram condicionadas ao futuro do conjunto da saúde espanhola. Era um modelo que se acreditava não estar ameaçado por uma limitação global dos serviços prestados, como tanto se costumava dizer, nos moldes de uma liberalização no estilo Thatcher ou Reagan. A política sanitária ultraconservadora que se iniciou nos anos 80, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, fracassou.⁴⁵ A tendência era muito distinta. Marcava uma convergência dos diferentes modelos de sistemas de saúde – muito díspares em suas origens e até mesmo opostos. Procurava, como escreveram Vivas e Sánchez (1993) em um estudo Delphi sobre o sistema sanitário espanhol, atingir uma assistência de qualidade, universalizada e equitativa, cujas chaves de contenção de despesas se encontrassem, sobretudo, na eficiência.

Na Espanha, não se tratava de mudar de modelo, mas de modificar a gestão, profissionalizando-a e eliminando o clientelismo – político, sindical e econômico – que parasita toda a vida pública. A equidade, entendida como “igual acesso ao tratamento por necessidades iguais”, era uma das prioridades previstas para aquela década pelos especialistas do estudo Delphi anteriormente mencionados, aliada a um aprimoramento contínuo da qualidade e à maior participação dos usuários e da população no sistema.

A REFORMA DE LEGANÉS: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À ÁREA DA SAÚDE

LEGANÉS E A ZONA SUL DA COMUNIDADE DE MADRI

O projeto de reforma do Hospital Psiquiátrico de Leganés⁴⁶ compôs um dos processos de mudança desenvolvidos na Espanha a partir dos anos 80. Com duração de seis anos (1986-1991)⁴⁷ e tendo por base os recursos de um antigo manicômio, ele criou uma rede única – integrando recursos das diferentes administrações públicas – de serviços ambulatoriais, hospitalares e de reabilitação. Isso possibilitou cobertura, sem listas de espera, falta de leitos ou uso de vagas asilares, a um milhão de habitantes do sul metropolitano, na época uma das zonas do cinturão industrial e das antigas cidades-dormitório de crescimento mais acentuado, com estrutura populacional das mais jovens da Europa (os municípios passaram de menos de 10 mil para mais de 100 mil habitantes).

As linhas gerais do projeto

Uns poucos princípios fundamentaram os objetivos e programas desse projeto de reforma:

- A integração da psiquiatria no sistema sanitário geral, em um nível secundário e especializado, como apoio ao atendimento primário e aos serviços sociais e de interconsulta com o restante das especialidades médicas.
- Territorialização dos serviços, seguindo o zoneamento sanitário da Comunidade de Madri.
- Cobertura a toda a população.
- Atendimento prioritário aos grupos de risco.

- Continuidade do atendimento.
- Participação dos usuários e familiares.
- Docência, que permitiu a reciclagem dos profissionais, sua formação contínua e de pós-graduação, e uma pesquisa útil ao desenvolvimento assistencial.

O início tardio da reforma desse hospital havia proporcionado grande ensinamento, já que assumiu-se a responsabilidade pela mudança. No momento da concepção do projeto estava-se consciente de que a falta de um planejamento e de uma gestão unificada dos recursos, o funcionamento em paralelo das diferentes administrações e dos serviços ambulatoriais e hospitalares, tinha sido uma das causas fundamentais do fracasso das experiências de reforma anteriores. Como também o tinha sido, favorecendo a insatisfação civil, a falta de serviços sociais e de espaços conjuntos de programação com os serviços de saúde mental, bem como uma certa ingenuidade na avaliação da capacidade das famílias e da comunidade como elementos normalizadores em si mesmos. Sabia-se, portanto, que a desinstitucionalização não era a simples transposição para o espaço externo dos moradores do manicômio e do fenômeno da nova cronicidade, uma vez fechadas as portas do hospício. Havia a persistência de um *núcleo duro*, irredutível à reabilitação, e o surgimento de novos padrões de cronicidade de grande ubiquidade, onipresentes em toda e qualquer reforma.

Eram os pacientes crônicos, fosse por seu abandono, dentro ou fora dos manicômios, fosse pela falta de respostas adequadas para sua problemática, que constituíam o principal fator de questionamento das reformas psiquiátricas. Criar um leque de programas interdependentes, um conjunto de serviços que garantisse a todo momento todos os serviços à população inteira – tanto sanitários quanto de estruturas intermediárias e residenciais –, era a ideia central do projeto. Para esse fim, adequaria-se o organograma do hospital psiquiátrico à conceituação de uma rede de serviços por área,⁴⁸ rompendo-se a hegemonia hospitalar e aprimorando-se a infraestrutura administrativa, em geral ignorada pelas reformas médicas, ao mesmo tempo que os serviços deveriam ser dotados de instrumentos de gestão: atuação por objetivos, programas passíveis de avaliação, registro cumulativo de pacientes etc.

Dispositivos e programas

A rede criada naqueles anos, compatível com os princípios anteriormente expostos, foi ampla e particularmente necessária para dar uma resposta adequada

aos problemas de saúde mental da população. Tratava-se de um vasto cardápio de programas, desde os especificamente sanitários – unidade de hospitalização, atendimento ambulatorial e domiciliar (centro de saúde mental ou unidade no centro de especialidades da área) e hospital-dia (que, em Leganés, diferenciou-se do centro-dia, projetado para pacientes mais crônicos ou mais incapacitadamente crônicos) – até os recursos de suporte social (trabalho, moradia, lazer), os programas de reabilitação (centros-dia, centros de reabilitação, casas-escola ou de transição, oficinas de reabilitação) e os programas mais sociais (casas protegidas, moradias supervisionadas, minirresidências, oficinas ocupacionais).

O Quadro 3 apresenta a rede de dispositivos criados, que aparecem divididos em quatro colunas assinalando-se o tipo de serviço prestado, desde o especificamente sanitário até os serviços de administração civil e de apoio social. Por dispositivos intermediários entende-se aqueles que requerem ação conjunta do social e do sanitário.

**Quadro 3 – Dispositivos e programas do Instituto Psiquiátrico
Serviços de Saúde Mental José Germain**

DISPOSITIVOS DE SAÚDE		DISPOSITIVOS INTERMEDIÁRIOS	DISPOSITIVOS SOCIAIS	DISPOSITIVOS DE GESTÃO CIVIL
Centro de Saúde Mental (um por distrito)	PROGRAMAS TRANSVERSAIS avaliação, atend. ambulatorial, atend. domiciliar, apoio com atend. primário, apoio com serviços sociais, internação hospitalar, reabilitação e reinserção, hospitalização parcial Gerontopsiquiátrico Adultos Infantojuvenil Toxicomanias Desinstitucionalização Programas longitudinais	Centro-dia	Casas protegidas	Clube Social (associação de familiares)
Unidade de hospitalização breve		Casa de transição	Residência assistida	Fundação p/o desenvolvimento da saúde mental
Hospital-dia		Unidade de reabilitação (residência programada)	Oficinas de reabilitação Centro agrícola	Programas de emprego protegido Casas normalizadas

Fica evidente que o quadro demonstra a variedade de recursos necessários, necessidades estas que antes eram encobertas pelo manicômio. No início do projeto, em seu primeiro esboço, apenas as três primeiras colunas apareciam. Quem ouviu a narração da reforma de Leganés há de ter visto, antes do atual quadro de dispositivos, um velho *slide* com um quadro anterior de dispositivos e programas em que não aparecia a última coluna. Foi o próprio processo de reforma que tornou imprescindível a criação de recursos de administração civil e levou a incorporar na direção os programas de reabilitação das associações de usuários, familiares e ex-pacientes.

Tais dispositivos foram sendo criados aos poucos, de acordo com um calendário previamente fixado e utilizando recursos de diferentes administrações, às vezes quase donativos, mas com duas nítidas prioridades. Tratava-se, em primeiro lugar, de dotar urgentemente de um centro de saúde mental cada um dos distritos sanitários da zona de cobertura – delimitação territorial a que se ateve de forma pioneira o zoneamento aprovado pela Comunidade de Madri –, ainda que se desse em condições precárias de material e pessoal (utilizamos barracões pré-fabricados cedidos pelo Ministério de Obras Públicas (Moru) – e instalações municipais ou de associações de moradores.⁴⁹ O segundo objetivo era o de criar um serviço eficaz de emergências e hospitalização (que chamamos *breve*) desde o primeiro dia de implantação do projeto – 30 leitos/1 milhão de habitantes entre 01/01/1986 e 01/01/1988; 40 leitos/1 milhão de habitantes desde 01/01/1988 até 1992, quando foi inaugurada a unidade de Getafe:⁵⁰

Ao mesmo tempo, e com a máxima urgência possível, realizou-se a integração de todos os recursos humanos de saúde mental – federais, regionais e municipais – em uma rede única (que se concluiu em um ano, em fevereiro de 1987, ao se reconverter em neurologia a última vaga de neuropsiquiatria). Toda a demanda da zona foi assumida e iniciou-se um programa de colaboração, com atendimento primário incipiente, nos moldes do novo modelo (depois, nessas mesmas áreas, praticamente desapareceu a medicina por cotas,⁵¹ que era o sistema antigo) e com especialidades médicas à espera da construção dos hospitais gerais do sudoeste da região de Madri (na época, os hospitais gerais de Leganés e Getafe eram um projeto, funcionando apenas o de Móstoles, mesmo assim sem psiquiatria). A integração dos recursos foi feita mediante acordo entre as administrações, permitindo assim uma diretoria assistencial e administrativa única para toda a rede.

As denominadas estruturas intermediárias foram priorizadas, a fim de permitir uma rápida desinstitucionalização e uma nova resposta à cronicidade, para evitar sua hospitalização, ao menos manicomial:

- unidade de reabilitação com quarenta leitos para hospedagem e serviços de enfermagem, com contratos de seis meses para os pacientes em programas de reabilitação, em 1986;⁵²
- centro-dia e de reabilitação, aberto em 1987;
- casas protegidas, em 1987;
- casa de transição ou casa-escola, em 1987;
- sete oficinas de reabilitação, em 1987-1988;
- centro agrícola, em 1989;
- clube social construído e mantido pela Associação de Pacientes e Familiares, aberto em novembro de 1991;
- inauguração de uma residência assistida com noventa vagas para ex-pacientes psíquicos inválidos, em dezembro de 1991 (no espaço anteriormente ocupado por essa unidade, no antigo manicômio de Leganés, instalou-se um centro de atendimento primário do Insalud);⁵³
- hospital-dia, em junho de 1992;
- programa de apoio comunitário;
- emprego protegido – projeto Horizonte, com verbas europeias;
- Projeto Helios II, sobre a qualidade de vida, o lazer e a moradia, em 1993;
- criação da Fundação para a Promoção da Saúde Mental, em 1993;
- criação da primeira empresa de pacientes mentais – Salud y Empleo [Saúde e Emprego] (Salem) –, em junho de 1994.

Nos programas não assistenciais, a docência e a pesquisa fazem parte das prioridades, conscientes da necessidade de reciclagem de todos os profissionais e de uma pesquisa dedicada à reforma. Desde o princípio, pretendia-se fazer com que a instituição que saísse da reforma tivesse uma credibilidade científica que pudesse romper com a ideia de que só se pode ser científico a partir de posturas sanitárias conservadoras, nas cátedras ou nos grandes hospitais gerais (havia no Instituto que criou a reforma, naquele momento, 16 vagas credenciadas de residência em psiquiatria. Por força disso, formaram-se 28 médicos residentes na especialidade. Em seu período de residência, os médicos de família passavam por tais serviços. Existia formação em residência em psiquiatria e em enfermagem psiquiátrica, e realizavam-se práticas de trabalho social e terapia ocupacional).

A instituição contava com um bom currículo de pesquisas (epidemiológicas, sobre cronicidade, suicídio, padrões de uso, posturas éticas, ensaios clínicos e outras mais), o qual fazia parte do multicentro espanhol, colaborador da OMS. Existe um registro cumulativo dos casos psiquiátricos, desde 1986, que nos permite um permanente conhecimento epidemiológico.

Duas outras grandes questões regeram nossa atividade: por um lado, a defesa dos direitos civis dos pacientes. Desde os primeiros dias da reforma foram retirados os ferrolhos dos aposentos, para impedir sua utilização; também proibiu-se o trabalho doméstico realizado pelos internos, como a coleta de lixo, a limpeza e o transporte de refeições – havia apenas um servente que trabalhava como funcionário administrativo.⁵⁴ Além disso, exigiu-se a comunicação por escrito à direção toda vez que se efetuasse uma contenção mecânica, e em 1992 elaborou-se uma carta dos direitos e deveres dos usuários e suas famílias, negociada com suas associações.

Por outro lado, procurou-se fazer com que as novas instalações fossem suficientemente confortáveis e estéticas para serem habitáveis, atentando para o que Donabedian (1984) chama de “amenidades” e define como as condições de moradia, de hospedagem, ou, dito de outra maneira, o conforto, a privacidade, a cortesia e a aceitabilidade, que constituem, aliados ao elemento técnico e à relação interpessoal, o ato de saúde.

Programas

A atividade assistencial é realizada de acordo com o modelo de integração com as demais especialidades médicas, em particular com o atendimento primário, com cujos serviços tem um espaço de programação comum. Em um estudo realizado entre os profissionais de atendimento primário da área, verificou-se que a especialidade com que eles se relacionam melhor é a psiquiatria. Em outro estudo, efetuado pela associação de familiares e pacientes Saúde e Alternativas de Vida, constatou-se um alto grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental (*Servicios de Salud Mental del Área 9. Memoria 1990, 1990*).

Todas as atividades inscreviam-se em um programa transversal que ordenava as providências segundo a modalidade de atendimento que se iria prestar: avaliação, atendimento ambulatorial, atendimento ambulatorial de urgência, atendimento domiciliar, coordenação e apoio com atendimento primário, coordenação e apoio com serviços sociais, interconsulta com o hospital geral, emergência hospitalar, hospitalização completa, hospitalização parcial e rea-

bilitação. Ao mesmo tempo, essas atividades se inscreviam em um programa longitudinal que particularizava a atuação terapêutica para cada grupo de risco – infantojuvenil, adultos, toxicomanias, desinstitucionalização e atendimento à cronicidade e gerontopsiquiatria (Desviat, Fernández Liria & Rodríguez Dorado, 1987; Desviat & Fernández Liria, 1989).

A implantação desses programas exigiu a elaboração de convênios com outras instituições sanitárias e sociais (convênios com os municípios da região, para a integração de pessoal e cessão de instalações; com o Insalud, para a integração de pessoal e a evitação da duplicação dos serviços prestados, como utilização de receitas, exames, interconsultas especializadas, protocolos etc.). Tais acordos anteciparam-se à transferência das competências sanitárias do Insalud para a comunidade e, em muitos temas, para as normas ainda vigentes.

Dispositivos sanitários

Converteu-se o atendimento ambulatorial – só realizado nos centros de saúde mental, pois nas unidades de hospitalização e em outros dispositivos da rede não há consultas externas – na alternativa terapêutica de eleição, na atividade articuladora de todo o processo terapêutico, o que garantiu a continuidade dos cuidados prestados e fez da hospitalização um fato excepcional (0,68 a 1,77 por 1.000 habitantes, em uma zona em que era esse o único recurso de hospitalização e na qual as derivações para o atendimento particular praticamente não existiam). O centro de saúde mental trabalhava em estreita colaboração com o atendimento primário (a partir de 1993 os centros de Leganés e de Fuenlabrada-Humanes dividiram-se em três subequipes, cada uma das quais se encarregava da demanda de três centros de saúde, de três zonas básicas). Os psiquiatras e psicólogos dos centros de saúde mental avaliam os pacientes, encarregam-se deles e os encaminham para os demais dispositivos da rede.

O programa de avaliação é entendido como um processo pelo qual uma demanda é transformada em indicação terapêutica. O paciente é atendido por dois técnicos (psiquiatras e/ou psicólogos) que nesse dia estejam atendendo às demandas programadas ou de emergência, nas quais ele é avaliado, sendo-lhe prescrita uma modalidade de tratamento que será levada a cabo pelo terapeuta designado pelo centro ou pelos dispositivos mais adequados. Isso permite uma discriminação positiva, a hierarquização de prioridades, e evita que o tratamento se converta em atividade *particular* entre o terapeuta e o paciente, na qual a instituição nada tenha a dizer.

No programa de hospitalização, habilitou-se um pequeno número de leitos – de acordo com a hipótese de que o alto número de leitos existente em outros países seria o resíduo de formas obsoletas de atendimento. A partir disso, estabeleceu-se um modelo de funcionamento que se baseia na intervenção em crise (em uma atuação tendente a pôr o paciente em condições de ser ambulatorialmente atendido o mais rapidamente possível).

Fixou-se como objetivo uma estada hospitalar média em torno de 15 dias. Alguns profissionais resistentes à mudança, à nova programação que almejava períodos de permanência curtos, afirmavam que desse modo aumentariam as reinternações, paralisando a unidade. Entretanto, em uma pesquisa realizada para comparar o número de internações e reinternações do ano anterior (1985) com o do primeiro ano da reforma (1986), verificou-se que a redução de 30,65 para 15,6 dias de estada média foi acompanhada por uma redução do número de reinternações – de 0,42 para 0,13 por paciente. Ou seja, houve redução de um terço, e não um aumento, como haviam prognosticado os detratores do projeto (Fernández Liria *et al.*, 1987). No entanto, Os indicadores mostraram que os pacientes de primeiro contato ficavam abaixo da média (9,26 dias de permanência hospitalar). Em 1987, comprovada a assunção da zona inteira, a internação média foi de 16,9 dias e a porcentagem de ocupação correspondeu a 93,1%, o que levou a aumentar em dez o número inicial de leitos.

A partir de 1988, os indicadores de emergências e internações se estabilizaram. Isso, até o fim de 1993, quando começaram a surgir dificuldades de leitos, o que gerou estudos para verificar se haveria necessidade de um novo aumento ou se esse fato se deveu a problemas de má utilização dos serviços alternativos em alguns serviços comunitários. Seja como for, os 40 leitos para 932.442 habitantes (0,047 por 1.000 habitantes) até 1993, depois aumentados para 52, contando-se com os da unidade de Getafe, mostraram-se suficientes. Isso, graças a um sofisticado sistema de coordenação com os centros de saúde mental, cujos psiquiatras, como os de toda a rede, davam plantões no serviço de emergência da Unidade de Hospitalização e podiam prescrever a internação, tendo, por sua vez, caso isso fosse indicado, que atender aos pacientes que recebiam alta hospitalar ou vinham da emergência nas 24 horas seguintes.

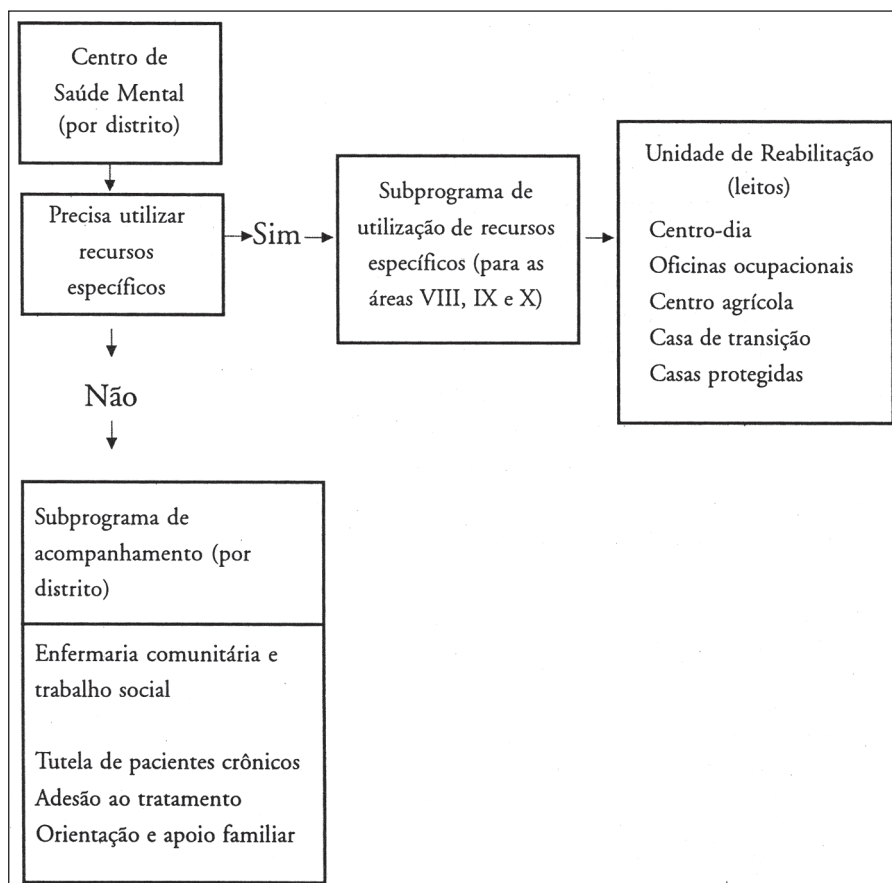
Dessa forma, as demandas de atendimento de emergência e as internações se estabilizaram num período de cinco anos, tal como sucedeu com o atendimento ambulatorial após os primeiros anos de crescimento espetacular, mantendo taxas de incidência e prevalência administrativa semelhantes às de

outros países que circundam a Espanha, como as do Reino Unido – onde se trabalha com um modelo semelhante, usando o atendimento primário como filtro – e as dos Estados Unidos. Entretanto, embora as cifras globais fossem parecidas, sua distribuição entre tratamentos ambulatoriais e hospitalizações era muito diferente, sendo muito menores as hospitalizações na Zona Sul de Madri (Desviat, 1992).⁵⁵ O hospital-dia surgiu depois de vários anos de funcionamento do centro-dia, e destina-se a pacientes graves que tenham possibilidade de melhorar com terapia ativa e intensiva.⁵⁶

Em relação às modalidades de atendimento prestadas, predominava a combinação da farmacologia com a psicoterapia nos programas de adultos (com uma variação que ia de 61% em Leganés a 35% em Fuenlabrada, segundo dados de 1990); nos programas infantojuvenis, faziam-se mais tratamentos em grupo e se realizavam mais terapias de família. Embora a maioria dos pacientes que procuravam os serviços tivessem distúrbios leves (neuróticos e situacionais), a maioria dos contatos ocorria com pacientes que apresentavam distúrbios mais graves (psicoses funcionais). Isso demonstrou que o funcionamento se dava por meio de critérios de discriminação positiva: maior atenção àqueles que dela mais necessitavam.

A assunção da totalidade da demanda e a contenção da lista de espera pressupuseram a necessidade de diversificar os modelos de atendimento e de fazer pesquisas sobre as indicações terapêuticas. Um dos maiores esforços concentrou-se em tentar não transformar os centros ambulatoriais em consultórios. Assim, reservaram-se espaços para o trabalho conjunto e procurou-se implicar os profissionais em atividades de docência e pesquisa, bem como nas comissões de gerenciamento dos serviços, além de buscar fazer com que a reflexão sobre a própria prática melhorasse o funcionamento da instituição e do atendimento, vencendo a rotina.

Quadro 4 – Programas de Reabilitação do Instituto Psiquiátrico Serviços de Saúde Mental José Germain



Reabilitação e apoio comunitário

Em 1987, um ano depois de iniciada a reforma, quatro mulheres e quatro homens há muito tempo internados – em média 33 anos – abandonaram o manicômio e foram morar em alguns sobrados em Carrascal, bairro novo de Leganés. Antes disso, tiveram que aprender coisas aparentemente muito simples, como fazer compras, cozinhar, pôr uma máquina de lavar em funcionamento, utilizar chaves, pegar ônibus etc. Em entrevista concedida a *El País* em 16 de maio de 1988, Anunchi Bremón declarou que “os vizinhos”

ficaram gratamente surpresos ao ver como eles limpavam bem a escadaria [estava fazendo referência ao pavimento ocupado pelos homens], em turnos, e ao ver seu senso de responsabilidade. Eles são a prova pública de que é possível oferecer outras formas de atendimento e alojamento à doença mental, à loucura.

As reportagens na televisão e na imprensa escrita sobre esses pioneiros das residências alternativas (na Comunidade de Madri) foram fundamentais no momento da divulgação da reforma de Leganés. Em momento enregelante de falsas denúncias sobre a desinstitucionalização (entre outras coisas, havia denúncias contra a inauguração desses sobrados), convidou-se o secretário de Saúde, Pedro Sabando, para visitar tais casas. Após o almoço, as mulheres nos ofereceram um café, que tomamos sentados em sua sala de estar enquanto nos contavam fatos sobre seu cotidiano. Acredita-se que foi nesse momento que Pedro Sabando confiou realmente na reforma.

Os programas de reabilitação e desinstitucionalização consumiram, desde o princípio, boa parte dos esforços de gestão e de atividade terapêutica, porquanto foram considerados uma condição de possibilidade, e até mais, de credibilidade da reforma. Foram postos em funcionamento dois programas complementares: um destinado à desinstitucionalização dos pacientes internados no hospital psiquiátrico, com vistas a sua transformação em pacientes externos e sua posterior reinserção social; e outro de reabilitação de pacientes que, embora vivendo na comunidade, conservavam um baixo nível de autonomia e tinham dificuldades de inserção social.

O princípio básico que norteou a ação desses programas foi o de promover o máximo de normatização, procurando usar os próprios recursos da comunidade, de cada zona, evitando, na medida do possível, criar dispositivos específicos ou o credenciamento de ajudas especiais. Naqueles que foram criados, reinvestiu-se recursos hospitalares e contou-se com a colaboração de diversas instâncias comunitárias – serviços sociais, educativos, Instituto Nacional de Empregos (Inem), agricultura, entre outros.

Procurou-se fazer com que sua concepção contemplasse não apenas a necessidade de transformar alguns pacientes asilados, já pouco numerosos, em pacientes externos, mas que também levasse em consideração a nova cronicidade ambulatorial ou a cronicidade incapacitadora geral, não especificamente psiquiátrica ou ex-psiquiátrica (a falta de vagas em residências assistidas de serviços sociais e seus critérios de restrição – pacientes com mais de 65 anos sem a presença

de distúrbio mental etc. – obrigou a que se criasse uma unidade residencial com 96 vagas, um espaço hoteleiro e de serviços de enfermagem destinado a acolher o núcleo duro dos asilados irredutíveis ao processo de desinstitucionalização, em sua maioria idosos inválidos sem patologia psiquiátrica – 88 internos, no caso do Hospital de Leganés, tendo servido, além disso, para garantir o volume de emprego dos trabalhadores que não eram profissionais da área da saúde quando do fechamento do manicômio).⁵⁷

Nos pacientes transferidos para centros mais apropriados – os de assistência mínima, as residências para idosos, os centros para débeis mentais –, a tão denunciada transinstitucionalização não sofreu a perda de qualidade de vida refletida na literatura norte-americana, dada as melhores condições de hospedagem que esses lugares costumam ter em relação aos manicômios. Dessa experiência, muito pelo contrário, concluiu-se que nesses lugares mais normalizados os pacientes livram-se do aspecto de internos, recuperando rapidamente seus hábitos perdidos.

Quando a televisão (programa *Informe Semanal*) projetou as imagens do transporte de ônibus dos últimos moradores do manicômio de Leganés para a recém-criada residência de inválidos, houve a preocupação com o que o espectador poderia pensar diante daquelas pessoas cujo aspecto falava inevitavelmente de loucura, por mais que se estivesse dizendo o contrário. Meses depois, essas mesmas pessoas, em nova reportagem realizada já na residência, pareciam outras. Seu aspecto se modificara definitivamente, deixando no manicômio o estigma da loucura.

A reabilitação foi iniciada nos centros de saúde mental distritais, configurados em um programa denominado acompanhamento, o qual foi evoluindo ao longo dos anos. Foi sendo cada vez mais concebido como uma ação de enfermagem, com apoio do serviço social, destinado a cuidar de um grupo que integra uma população crônica – em geral, jovens psicóticos ou pessoas com graves distúrbios de personalidade. Trabalhar com uma população definida permitiu estabelecer um censo dos *crônicos*, entendendo-se por *pacientes crônicos*, passíveis de inclusão nesse programa, aqueles que reunissem determinadas condições previamente estipuladas (critérios psicopatológicos: psicoses e distúrbios graves de personalidade; critérios psicossociais: falta de autonomia sociolaboral; critérios evolutivos: tempo previsto de evolução do distúrbio de pelo menos dois anos; critérios assistenciais: tempo previsto de utilização dos recursos sanitários e/ou sociocomunitários de pelo menos dois anos).

O paciente que entrava em contato com os serviços e reunia essas condições, além de lhe ser destinado um psiquiatra ou psicólogo como terapeuta, passava automaticamente para o subprograma de acompanhamento no qual lhe era atribuído um enfermeiro como monitor. Era uma ação complementar à atividade especificamente clínica, com medidas personalizadas e monitorias exercidas por enfermeiros, com apoio de assistentes sociais e sob a supervisão de um psiquiatra. Eram voltadas para o paciente, sua família e seu contexto.

Com tais medidas, pretendia-se obter maior adesão ao tratamento, manutenção e desenvolvimento de apoios comunitários individualizados, atividades de informação e apoio às famílias, assessoria e defesa do paciente e intervenção em crise. Esse atendimento funcionava como uma espécie de *anjo da guarda* que procurava saber como vivia esse paciente, como era sua casa e sua família e qual sua forma de utilizar os recursos comunitários. Caso fosse insuficiente tal cuidado, tal forma de atendimento, o paciente passava a utilizar o que se denomina recursos específicos de reabilitação, que dão cobertura às três áreas de referência.

Os dispositivos específicos de reabilitação situavam-se em um terceiro nível assistencial, especializando-se em atuar sobre as consequências pessoais e sociofamiliares acarretadas pelo distúrbio mental prolongado ou crônico. A atividade desses dispositivos – complementar à das atuações mais especificamente terapêuticas prestadas a esses pacientes nos centros de saúde mental – pretendia desenvolver a capacidade de cuidado pessoal, de trato social e ocupacional, e também de suportes socioafetivos. Isso para que possibilitasse a reinserção social do paciente, aumentando sua autonomia e sua qualidade de vida mesmo que a doença se mantivesse. Eram atividades que de modo algum constituíam uma resposta mecânica e indiferenciada, mas individualizada a necessidades concretas (Rebolledo & Pastor, 1991b). Procurava-se, nas palavras de Anderson, Reiss e Hogarty (1988),

diminuir a vulnerabilidade, melhorar o funcionamento cognitivo e aumentar a motivação dos pacientes, mediante o emprego sensato da farmacoterapia, ao mesmo tempo que se procura reduzir a angústia da família através do apoio, da estrutura e das informações a respeito da doença.

A hipótese por trás disso, claramente formulada pelos teóricos da psicoeducação, é que a melhor defesa contra um novo episódio psicótico é a ofensiva profilática constante e interepisódica.⁵⁸

Os dispositivos específicos de reabilitação eram:

- Um centro-dia, no qual se centraliza toda a atividade do programa.
- Um centro agrícola e sete oficinas (carpintaria, serralharia e forja, encadernação, tipografia, corte e costura, informática e audiovisual), nas quais se realizam atividades de reabilitação profissional ou de reabilitação ocupacional para pacientes aos quais por sua situação de deficiência ou por lhes ter sido concedida a aposentadoria por invalidez, só se propõem tais atividades com objetivo de melhorar seus recursos pessoais e sociais.
- Uma casa de transição ou uma casa-escola (especializada no treinamento de atividades domésticas e da vida cotidiana, ao mesmo tempo que serve para a formação do pessoal de enfermagem).
- Uma unidade de serviços de enfermagem/unidade hospitalar de reabilitação, inicialmente com trinta leitos e posteriormente com quarenta, em que os pacientes em programas de reabilitação que precisem de um leito em regime de hotelaria (eles ficam com a chave do quarto) convivem com pacientes crônicos de classificação difícil (com contrato de seis meses).
- Uma residência assistida, com atividades de fisioterapia e terapia ocupacional, fundamentalmente (havia dois fisioterapeutas, dois terapeutas ocupacionais e um clínico geral, além do pessoal de enfermagem com atividades regulares, uma assistente social e voluntários sociais). Para ingressar na residência, exigia-se que o paciente não tivesse sintomatologia psiquiátrica ativa e alto grau de incapacidade, medido por uma escala confeccionada para tal fim.

O programa de reabilitação era complementado pelo de apoio comunitário ou de suporte social, que aos poucos foi adquirindo autonomia. Ele constitui um dos pilares do que passou a se chamar de segunda fase do Projeto de Reforma e, entre outros objetivos, propôs-se a promover alternativas de emprego, moradia, lazer e tempo livre, assim como reforçar o companheirismo e a participação de voluntários, com o objetivo de complementar as tarefas de reabilitação e reinserção social de doentes mentais de evolução prolongada.

Em março de 1993 foi implantado o projeto Desenvolvimento de Alternativas de Trabalho para Usuários Crônicos dos Serviços de Saúde Mental das Áreas 8, 9 e 10 da Comunidade de Madri (Iniciativa Comunitária Horizonte – Projeto n. 86), ao mesmo tempo que se iniciou uma atividade formativa transnacional, com reuniões internacionais de intercâmbio.

Em junho de 1994 criou-se a primeira empresa social Salud y Empleo (Salem), firma de reprografia que, inicialmente, empregava quatro usuários crônicos. Ocorreu a formação de uma empresa, com a colaboração da Fundação

para a Promoção da Saúde Mental (criada com os usuários e familiares para gerir recursos subutilizados) e da Câmara Municipal de Leganés. Denominada Iniciativa Local de Emprego, objetivava obter acesso às formas de ajuda criadas para esse fim e para poder firmar convênios com diferentes órgãos nesse campo. Realizaram-se cursos de formação profissional em colaboração com o Instituto Nacional de Empregos (Inem).

Nesse programa, um papel fundamental foi desempenhado pelas várias associações de familiares e de usuários. Entre outras atividades, uma delas se destaca: a de Pacientes e Familiares, que mantinha e dirigia um clube social que funcionava à tarde e nos fins de semana, bem como um micro-ônibus para transportar os pacientes e, ainda, grupos de autoajuda. Com subvenção da Fundación Caja Madrid, a associação de consumidores mantinha um programa de lazer e ajuda aos pacientes que moravam em casas protegidas e na residência assistida. A esse programa destinaram-se 19 antimilitaristas.⁵⁹ Pretendia-se trabalhar em colaboração com programas dedicados a outros grupos de risco e a outras patologias não psíquicas (por exemplo, dentro do Projeto Helios – iniciativa do Conselho da Europa em colaboração com outros serviços europeus – pesquisavam-se instrumentos para avaliar e melhorar a qualidade de vida da população que apresentava deficiências, como os cegos, surdos, paráliticos, pacientes em diálise e outros).

CONCLUSÕES

No Projeto de Reforma do Hospital Psiquiátrico de Leganés, formado pelo Hospital de Santa Teresa e pelo Hospital de Dementes Santa Isabel⁶⁰ verificou-se, como em outros lugares, a possibilidade de uma reforma dos serviços públicos de psiquiatria e saúde mental que permitisse um atendimento eficiente, equitativo e universal.

A rede de serviços ambulatoriais, hospitalares e de reabilitação que ainda hoje constituem o Instituto Psiquiátrico Serviços de Saúde Mental José Germain⁶¹ atende a totalidade da população que precisa de assistência psiquiátrica em sua área de cobertura, seja qual for a idade, patologia ou nível de cronicidade, sem o uso de leitos asilares. Isso, em razão de o manicômio ter sido definitivamente fechado, por meio de critérios de saúde pública – discriminação positiva, integração dos três níveis clássicos de atendimento etc. –, utilizando, moduladas pelas condições do atendimento público, as diversas orientações e técnicas hoje existentes na clínica psiquiátrica.

Nesse processo, mantiveram-se alguns problemas, parte deles já resenhada em outras experiências, que devem ser ressaltados:

- A diminuição do número de leitos não deve ser acompanhada pela perda orçamentária. É preciso manter e reinvestir o orçamento hospitalar, a fim de não descapitalizar as novas estruturas. Essa ideia, central no Projeto de Reforma do Hospital Psiquiátrico de Leganés, levou-nos a utilizar o orçamento hospitalar para criar alguns ambulatorios, bem como a estabelecer um instituto que englobasse, uma vez desmontado o hospital psiquiátrico, as novas estruturas criadas, sem fragmentá-las em diferentes programas orçamentários.
- Existia a necessidade de estabelecer uma série de programas passíveis de avaliação e complementares, bem como de utilizar as diferentes modalidades de atendimento e orientações adaptadas à psiquiatria pública.
- O atendimento dos pacientes *agudos* não pode levar ao abandono os pacientes crônicos, menos gratificantes para os profissionais.
- O papel da enfermagem no atendimento aos pacientes crônicos na comunidade: é necessário algum tipo de forma de atendimento, às vezes durante toda a vida do paciente.
- Não se trata apenas da criação de uma rede de serviços, assistência e alojamentos na comunidade, faz-se também necessária uma preparação adequada dos pacientes, geralmente dispendiosa e de longa duração, que lhes permita viver fora do asilo. Não se pode esquecer o papel do trabalho, reforçando a criação de empresas protegidas para pacientes mentais.
- É importante a participação de associações civis no processo de reforma, sobretudo nos programas de desinstitucionalização e de atendimento da cronicidade, bem como no gerenciamento de serviços que o governo não pode nem deve oferecer.
- A reabilitação não é uma improvisação, nem a partir da clínica nem a partir da assistência social ou da terapia ocupacional. Ela exige técnicas específicas, geralmente de tipo psicoeducacional.
- Os diferentes conhecimentos e habilidades e as diferentes orientações que instrumentam a clínica psiquiátrica podem ser utilizados no atendimento público.
- É necessário conceber programas flexíveis e também tentar evitar a cronicização das novas estruturas, desde as emergências até os programas ambulatoriais.
- A demarcação em distritos e áreas de saúde permite um melhor conhecimento da população e de seus grupos de risco – censo de pacientes crônicos, programa de atendimento à criança etc. –, por ocasião da elaboração de programas e da destinação de recursos às diferentes atividades.

- Toda a rede deve ter uma direção única que evite os problemas de relacionamento entre as diferentes unidades: centros de saúde, de emergência e internação, de reabilitação e reinserção. É preciso garantir a mobilidade dos profissionais dentro da área e a adequação permanente da formação.
- É preciso levar em conta as dificuldades dos empregados do hospital, sobretudo os menos qualificados (nos quais é mais difícil tanto a motivação para fazer seu o projeto de reforma quanto maior é o medo da perda do emprego após o fechamento do hospital psiquiátrico). É também necessário que a possível absorção, pela assistência privada, de psicólogos e médicos em busca de renda complementar não leve a um prejuízo da atividade pública.
- Os objetivos gerais devem ser ambiciosos – contribuir para o aumento da saúde da população buscando a melhora dos distúrbios mentais com a máxima rapidez e eficácia possíveis –, mas é preciso perder a onipotência: vez por outra, existem distúrbios de evolução crônica que têm de ser atendidos pela vida afora, como fazem os endocrinologistas com os diabéticos. Em relação aos pacientes institucionalizados nos manicômios, as expectativas, em muitos casos, devem ser limitadas: conseguir o maior grau de autonomia e a melhor qualidade de vida possíveis. Ou, nas palavras de um clássico da desinstitucionalização, “permitir a todos esses pacientes que eles levem uma vida pouco exigente, mas digna, num meio não hospitalar” (Lamb, 1979: 201-207).

A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO PSIQUIÁTRICA NA AMÉRICA LATINA: A PSIQUIATRIA COLETIVA NO BRASIL

Somente se ajudarmos a preservar e a recuperar a saúde mental de nossas populações preteridas é que elas poderão tentar fazer a mudança de que precisam para preservar e recuperar sua saúde em geral, e para continuarem sendo os agentes do desenvolvimento social.

González Uzcátegui e Levav, 1991

As necessidades de atenção psiquiátrica e de saúde mental na América Latina são de tal magnitude que pedem novas respostas; estas devem ser criativas, diferentes e razoavelmente ousadas. Com efeito, é de se temer que a atual situação dos serviços, em geral insatisfatória, venha a se agravar ainda mais na próxima década.

González Uzcátegui e Levav, 1991

Assim começa o texto que compilou as atas da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas em novembro de 1990. Na ocasião, políticos sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis pela saúde mental na região, com o apoio de técnicos da Espanha, Itália e Suécia, aprovaram um projeto de reforma para a América Latina e o Caribe, estabelecendo os princípios, os objetivos prioritários e as linhas estratégicas necessárias. A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garantisse o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com distúrbios mentais – a necessidade, portanto, de superar o hospital psiquiátrico, instituindo modalidades de atenção alternativas na própria comunidade, em suas redes sociais.

A iniciativa de reestruturação psiquiátrica na região gerou um amplo movimento de atualização legislativa e de sensibilização para a necessidade de mudança, da urgência do reconhecimento e da salvaguarda dos direitos dos pacientes com distúrbios mentais, além da reforma dos tipos de assistência em quase todos os países. Nos dois anos transcorridos após a Conferência Regional, os avanços foram importantes.

Em 13 países, deu-se início a trabalhos tangíveis, que incluem a mobilização da opinião pública, a constituição de comissões e grupos de estudo, a redação de projetos legislativos e a adoção de medidas concretas, orientadas para a melhoria das condições das instituições prestadoras de serviços e para a modificação das estruturas e do funcionamento dos programas nacionais. Um conjunto de funcionários da Opas e um grupo de assessores cedidos por instituições europeias colaboradoras vêm trabalhando com os profissionais nacionais em diversos aspectos dessa iniciativa. (Opas, 1992)

Em seis países – Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile e Venezuela – realizaram-se encontros nacionais multisetoriais, nos quais foram debatidas as linhas da reforma. No Brasil, o encontro reuniu aproximadamente 1.200 pessoas e foi celebrado em Brasília, em dezembro de 1992. Dele participaram políticos, usuários, profissionais e os quinhentos delegados eleitos nas conferências anteriores de 23 dos 27 estados do país. O evento pressupôs uma enorme mobilização nacional e um esforço sem precedentes para se chegar a um consenso quanto aos princípios, objetivos e estratégias da reforma psiquiátrica entre todos os agentes implicados. Foi um exemplo de um valente exercício participativo, cujos resultados na eficiência do projeto já se evidenciaram na própria conferência e em seus acordos finais.

A SAÚDE NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE

A região das Américas iniciou os anos 90 em condições de declínio econômico na maioria dos países, em especial na América Latina e no Caribe. Os estilos de desenvolvimento que prevaleceram durante as décadas anteriores levaram as economias latino-americanas a uma situação de endividamento externo, com inflação desmesurada e impossível de conter. Consolidou-se uma insuficiência estrutural na região, impossibilitada de dar respostas ao problema do subdesenvolvimento,⁶² que produziu elevação da pobreza extrema, então estimada em cerca de 200 milhões de habitantes do hemisfério (Opas, 1991).

Em consequência da crise econômica, as necessidades sociais aumentaram para grandes setores da população, ao mesmo tempo que houve cortes nos gastos sociais, exacerbando as tradicionais deficiências na estrutura básica dos serviços. No setor Saúde, diminuíram os investimentos em saneamento básico, na manutenção e conservação de equipamentos e instalações, na atenção às populações marginalizadas e nos programas de imunização, de sobrevivência infantil ou de subsídios alimentares. A maioria dos países da América Latina e do Caribe não atingia a cifra média mundial de gastos estatais com a saúde (100 dólares anuais *per capita*). Calcula-se que, do total de 423 milhões de habitantes, cerca de 130 milhões não tivessem acesso permanente a serviços básicos de saúde.

A maior parte dos escassos recursos era destinada aos grandes assentamentos urbanos, e “uma parcela importante do gasto em tecnologias de alto custo [ficava] concentrada à disposição de grupos com capacidade de pagamento, deixando sem cobertura a ampla maioria da população” (Opas, 1989: 11) – população esta cujas necessidades de saúde eram cada vez maiores, dadas as suas características: crescimento constante (a estimativa, à época, era de que a população da América Latina atingisse 537,6 milhões de habitantes no ano seguinte). Isso teria representado um aumento de 35,2% em relação a 1985, além de um acelerado processo de urbanização, desemprego e perda de valores; criminalização de amplos setores, desde idades muito tenras (os meninos de rua do Rio de Janeiro e de São Paulo); perda da aculturação e subalimentação.

Existiam estudos epidemiológicos que previam aumento de 50,4% dos problemas com componente psicossocial acentuado entre os anos de 1985 e 2000, tais como doenças cardiovasculares, cirrose, suicídio, acidentes automobilísticos e doenças ocasionadas pela desnutrição e avitaminose. Quanto aos distúrbios mentais, a previsão era de que 5% da população adulta seria afetada por alguma deficiência mental crônica, porcentagem esta que poderia ultrapassar 20% se levados em consideração também os distúrbios moderados. A projeção para o ano posterior era de que houvesse um total aproximado de 88 milhões de pessoas com distúrbios psiquiátricos, cifra que representaria um aumento de 48,1% em relação a 1985. Estimava-se um crescimento de 53,1% das esquizofrenias na América Latina e no Caribe, sendo o México um dos países em que esse agravamento poderia ser dos mais elevados – 69,8%, comparado aos 27,8% da América do Sul (Levav *et al.*, 1989).

À época, as autoridades máximas da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) afirmavam que a América Latina, assim como o resto do mundo, enfrentaria uma pandemia de distúrbios psiquiátricos que derrubaria definitivamente a ideia errônea de que as sociedades menos industrializadas são imunes a eles. Com efeito, as pesquisas psiquiátricas comunitárias efetuadas em diversos países da região revelaram que a magnitude dos distúrbios psiquiátricos não difere da observada nos países desenvolvidos (Levav, Restrepo & Guerra de Macedo, 1994).

O assessor regional de saúde mental da Opas naquele momento, Itzhak Levav – um dos profissionais que melhor conhece a situação da saúde mental na região das Américas, e sem dúvida um de seus líderes mais esforçados e clarividentes – expressou, nesse mesmo artigo: “Todavia, há um tipo de transtorno de natureza psicossocial de acentuada magnitude e gravidade na região, o qual, no entanto, raramente é registrado nos levantamentos psiquiátricos. Ele é representado pelas condutas violentas”, que ultrapassam, em anos potenciais de vida perdidos, o número dos que se perdem (no sexo masculino) por infecções intestinais e pelo câncer. E é também representado em outras expressões mais frequentes do que a mortalidade (espancamento de mulheres, maus-tratos à criança etc.), que causam sofrimentos e incapacitações incalculáveis, além de impor pesada carga aos serviços de saúde. Quanto à prevenção desse comportamento violento, pouco podem fazer os profissionais da saúde mental, os quais, no entanto, são quase insubstituíveis, na opinião de Levav e colaboradores (1994), na reparação de suas consequências psicológicas.

A situação da atenção psiquiátrica nos países latino-americanos caracterizava-se pela dispersão e duplicação de serviços escassos – manicomiais, em sua esmagadora maioria (de 120 mil a 140 mil leitos em hospitais psiquiátricos) –, que funcionavam sem nenhuma relação uns com os outros ou com os demais serviços sanitários. Era a hegemonia dos manicômios em condições materiais difíceis: miséria, amontoamento de pacientes e violação dos direitos humanos. Basta ver algumas reportagens fotográficas sobre os hospitais-fazenda mexicanos – apresentados, em sua época, como uma alternativa –, ou as terríveis notícias sobre mortos e desaparecidos nos manicômios de diferentes países. Em boa parte dos poucos visitados, ajeitados para receber a visita de um consultor de algum organismo internacional, a falta de condições materiais era absoluta: lençóis, cobertores, colchões e, acima de tudo, de higiene (às vezes, difícil até de suportar o mau cheiro); a amontoação dos pacientes não tinha limites, com total falta de privacidade.

Em um estudo efetuado pela coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde brasileiro à época, em 59,1% dos hospitais não havia papel sanitário nem toalhas nos banheiros; em 31,8% havia pacientes com problemas clínicos sem atendimento (micoses, pediculose, escabiose, dermatites etc.), e em 18,2% a primeira visita médica era realizada de oito a 15 dias após a internação. As condições de higiene geral dos estabelecimentos inspecionados eram ruins, e muito precárias em cerca de 50%. Em 27,3% dos centros inspecionados, aplicavam-se terapias eletroconvulsivas – eletrochoques – sem os cuidados adequados.⁶³

A essa situação somavam-se, como em quase todas as partes do mundo, serviços sociais escassos ou inexistentes, sempre mal elaborados, que se aliavam à falta de recursos sociais de apoio comunitário. Isso, para não mencionar o *divórcio* entre a formação dos profissionais da saúde mental, em especial os médicos e psicólogos, e as necessidades da população – uma formação e pesquisa que raramente se relacionam com a assistência (excetuados os ensaios clínicos farmacológicos) e menos ainda com o atendimento comunitário.

Não é de estranhar que, nesse contexto, a maioria dos processos de reforma psiquiátrica ensaiados na América Latina nos anos 70 e 80 tenha tido caráter conjuntural. Como assinalou René González Uzcátegui (1992), diretor da Opas durante muitos anos,

Circunstâncias propícias, num determinado país, permitiram que o programa nacional de saúde mental – cujo orçamento era destinado, em sua quase totalidade, à assistência manicomial – destinasse alguns recursos a uma experiência de atividades centradas na comunidade. Somente em casos excepcionais algum projeto de saúde mental comunitária chegou a corresponder à execução de uma política nacional. Naturalmente, ao desaparecerem as circunstâncias que haviam facilitado o nascimento do projeto comunitário, os recursos a ele destinados não apenas diminuíram, mas, com frequência, deixaram de existir.

Foram experiências-piloto, processos que contaram com ajuda política mais pessoal que institucional e também com a presença de um profissional ou grupo de profissionais com capacidade de liderança e conhecimentos em técnicas comunitárias.

René González, no citado livro, aborda algumas dessas experiências: o projeto da Vila São José do Murialdo, em Porto Alegre, Brasil; as atividades

realizadas no bairro Vivienda Popular, de Cáli, na Colômbia; o do bairro de Santa Eduvigés, em Tegucigalpa, Honduras; o Centro de Atendimento Psicossocial de Ciudad Sandino, na Nicarágua; a saúde mental na comunidade de Curundú, no Panamá etc. São experiências feitas em bairros marginalizados, em que a violência, o analfabetismo e a miséria superaram as ações sociais e de saúde pública

Os principais obstáculos ao desenvolvimento do programa (de saúde mental) foram o fatalismo generalizado e o sentimento de inferioridade decorrente da pobreza e da falta de conhecimentos. A superação desses obstáculos custou à promotora de saúde mental vários meses de trabalho, mediante um processo contínuo de educação e reforço da autoestima, para o qual ela se apoiou num extenso uso do psicodrama e das técnicas de terapia de grupo. Ao cabo de dois anos de trabalho perseverante com os membros da comunidade e com outros líderes naturais que foram emergindo, conseguiu-se: complementação alimentar (farinha, óleo e leite) para as famílias da comunidade, realizada com a ajuda de uma organização internacional não governamental; a formação de uma cooperativa de donas de casa, para comprar utensílios de cozinha para uso comunitário; a criação de uma junta de vizinhos; a captação de água de uma fonte próxima e a construção de um depósito protegido para uso comunitário; um programa de alfabetização de adultos etc. (González Uzcátegui, 1992)

A atenção especializada, realizada por um dos seis psicólogos com que contava a Divisão de Saúde Mental de Honduras, era feito por intermédio de assessoria ao centro de saúde geral da região e também por meio de consultas domiciliares.

Foi preciso esperar pela década de 90 para que se iniciassem processos com apoio suficiente – político, técnico e populacional – para ultrapassar o puramente voluntarista e marginal. Processos em pequena escala, como o da província de Rio Negro, na Argentina, ou em escala federal, no Brasil. O encontro de diretores de programas nacionais de saúde mental dos países sul-americanos, realizado no Rio de Janeiro em junho de 1993, sob auspícios da Opas e com a presença de consultores internacionais, ao menos assinalou a preocupação nascente com os problemas da saúde mental. Foi o primeiro passo.

A RESPOSTA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

A estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS), contrapondo-se às tendências dominantes nos serviços públicos dos países das Américas, representa um enorme desafio: ampliar a cobertura de atenção para que nenhuma pessoa fique desprovida do acesso aos serviços de saúde. Trata-se de algo que, se houver intenção de ir além de uma utópica declaração de princípios, requer mudança do modelo dos serviços prestados.

A experiência demonstrou que, para ampliar coberturas de atenção, é preciso escolher e priorizar intervenções, buscando, acima de tudo, a eficiência e a eficácia, segundo um denominador comum de justiça e igualdade. Assim, deve-se dar mais prioridade a atenção à saúde do que a atenção à doença: mais à prevenção do que ao tratamento, aos serviços extra-hospitalares do que aos intra-hospitalares; devem-se priorizar os recursos maciços da comunidade e das equipes interdisciplinares, em vez da utilização exclusiva de especialistas altamente qualificados, mas insuficientes para atender ao conjunto das necessidades da população. (Sorelo, 1990)⁶⁴

Considerando a situação socioeconômica de cada país, tratava-se de fazer propostas realistas e de passar de um modelo *medicalizado*, próprio dos países desenvolvidos, para um que desse prioridade a ações universais de prevenção e assistência.

Nesse sentido, em 1988 o Conselho Diretor da Opas aprovou como objetivo prioritário promover a transformação dos sistemas de saúde dos países da região, projetando uma estratégia de descentralização e democratização, por meio dos sistemas locais de saúde e do desenvolvimento da atenção primária à saúde, como forma de utilizar com mais eficiência os recursos limitados do setor.

Os Silos

O conceito de Sistemas Locais de Saúde (Silos) é um instrumento essencial da organização dos serviços sanitários, semelhante ao da área da saúde da Lei Geral de Saúde espanhola. Visa à integração de todos os recursos sanitários públicos em espaços populacionais definidos, constituindo uma unidade de gestão que permita garantir todos os serviços sanitários fundamentais. É um marco do território/população, entendido como instrumento de análise, de prestação de serviços e de intervenção na comunidade.

As definições dos Silos deverão variar, considerando-se as diferentes características histórico-político-administrativas de cada país – e até de cada região –, sua extensão geográfica, a distribuição da população e os recursos. Em geral, propõe-se defini-los a partir das divisões político-administrativas do Estado, quer se chamem municípios, comarcas, distritos ou o que for. De qualquer modo, pressupõe-se a existência de um conjunto populacional com capacidade presente ou potencial de atuar conjuntamente em benefício de sua saúde coletiva. Busca-se descentralização e menor concentração do aparelho estatal, visando maior democratização e eficiência, na medida em que isso possa melhorar a alocação dos recursos para se obter maior adaptação e capacidade de resposta aos requisitos mutáveis e específicos de grupos populacionais afetados por problemas socioeconômicos, ambientais e epidemiológicos comuns.

Propõe-se que um sistema local de saúde tenha a direção exclusiva das ações de saúde nesse espaço/população, com capacidade de administração direta dos recursos de saúde e com a coordenação de toda a infraestrutura social dedicada à saúde (hospitais, centros de saúde, sistemas de abastecimento de água e outros serviços de saneamento, além de recursos extra-setoriais). É fundamental o estabelecimento de uma relação de responsabilidade mútua com a população, no que diz respeito ao desenvolvimento da saúde:

Ela deverá manifestar-se em todos os aspectos que compõem a saúde individual e coletiva: na definição de políticas, no estabelecimento de prioridades, na origem e distribuição dos recursos, na programação, execução e avaliação, e também nos comportamentos individuais e de grupo diante do processo de saúde/doença (...). As formas e os mecanismos de interação da população com os serviços, assim como seu próprio comportamento para proteger sua saúde a buscar solução para seus problemas de saúde, são componentes fundamentais do sistema. (OPS/OMS, 1989, 1992)

Objetivos, 1991-1994

Para o quadriênio 1991-1994, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 1991) defendia, no contexto de urna democratização da vida política das nações e de um desenvolvimento que levasse em consideração as necessidades de toda a população – e, sem dúvida, as condições de possibilidade –, as considerações estratégicas a seguir:

- atribuir grande importância à saúde na política social e no processo de desenvolvimento;
- aprimorar a capacidade de análise e identificação das necessidades e dos grupos de alto risco, para que possa melhorar a resposta a seus elevados requisitos de saúde;
- formular políticas e programas que acabem com a falta de equidade na saúde, garantindo o acesso a atenção à saúde de todos os cidadãos (considerando-se um aumento populacional de 110 milhões de habitantes para o ano 2000);
- ajustar os modelos e práticas sanitários, destinando os recursos às atividades mais eficientes em termos de redução de riscos, prevenção e controle dos produtos de saúde, para aumentar a expectativa de vida e melhorar a qualidade desta;
- redefinir a direção e organização do setor, suprimindo as duplicações de serviços e melhorando as coordenações institucionais.

A REFORMA NO BRASIL: A PSIQUIATRIA COLETIVA

Às cinco e meia da madrugada de um dia quente de dezembro de 1992, uma nuvem de pequenos papéis, confetes improvisados, enchia um salão de Brasília. Centenas de braços erguidos comemoravam, cantando, o final de uma sessão que fora uma verdadeira maratona: acabava de ser aprovada a moção número 212. Terminava, assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental. O debate final, em que se discutiram as emendas às conclusões apresentadas pelos delegados, havia começado na véspera, às dez horas da manhã. Ainda presente estava boa parte dos quinhentos delegados e dois observadores internacionais.

O total de participantes – profissionais, políticos, associações de usuários e de familiares de pacientes, além de movimentos sociais da área da saúde mental –, vindos de todos os rincões deste imenso país, ultrapassava 1.500 pessoas. Muitos deles partiram sem mais demora, pois os motoristas dos ônibus, fartos da longa espera, receavam que a viagem de volta pudesse durar até 35 horas. Aqueles momentos de júbilo, no entanto, puseram fim a alguns dias de encontro e inauguraram um caminho esperançoso de participação democrática no futuro da atenção psiquiátrica brasileira e, possivelmente, da América Latina.

Era o final de um longo processo, empreendido por uma equipe eficaz e progressista do Ministério da Saúde com a colaboração de um importante

grupo de líderes de todo o país, de orientações e posturas distintas, mas unido por uma vontade de reforma e desinstitucionalização. Desde a Coordenadoria da Luta Antimanicomial, o radicalismo de Nacile, no município de São Paulo, ou o fórum de saúde mental coletiva de Sandra Fagundes, até professores da Escola Paulista de Medicina (EPM), como Marcos Ferraz, ou da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), como Paulo Amarante.

A apresentação do projeto de lei 8/91 no Senado, propondo a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, bem como a regulamentação da internação psiquiátrica involuntária”,⁶⁵ havia situado as formas de atenção à saúde mental no centro de um debate político, profissional e civil.

Esse projeto de lei proibia, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e os convênios ou o financiamento estatal de novos leitos nos hospitais psiquiátricos privados. Isso, em um país onde houve 501.660 internações no ano de 1990 (apenas 25% em centros públicos) e onde os distúrbios mentais representaram, nesse mesmo ano, o segundo grupo no gasto hospitalar estatal (8,5%) e o primeiro no da rede privada (14,6%).

Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos, com um período de internação médio em torno de cem dias. Muitos pacientes permaneciam internados por longos períodos – mais de dois anos – e mais de trinta mil pessoas haviam perdido completamente seus vínculos sociais: nunca saíam dos manicômios (Brasil, 1994). “Está claro que o distúrbio psíquico chega a ser um mero pretexto”, pode-se ler nas conclusões de um estudo realizado em um hospital de 450 leitos conveniado com a Previdência Social, estudo esse que examinou o perfil sociopsiquiátrico dos pacientes. Os casos de verdadeira psicopatologia não representavam mais de 10%. Tal análise confirmou, mais uma vez, como os hospitais psiquiátricos convertem-se em refúgios para os mais necessitados (Martins, 1989).

A denúncia das condições de vida nos manicômios e da falta de respostas adequadas à atenção à saúde mental foi parar nas primeiras páginas dos jornais, chegando também às câmaras legislativas e aos foros profissionais. Transformou-se em questão política. O universo sanitário – os órgãos oficiais, as clínicas universitárias, as associações profissionais e de usuários – entrou em pleno debate sobre os objetivos e estratégias, sobretudo depois que a direção de saúde mental do Ministério da Saúde promoveu um conjunto de congressos municipais e estaduais. Esses confluíram para a concorrida Conferência de

Brasília, resultante do entendimento entre diversos setores sociais interessados na questão da saúde mental, do consenso entre usuários, técnicos, governo e prestadores de serviços, sobre a necessidade e a urgência de uma nova política de saúde mental.

Esse debate nacional produziu-se, como nas reformas precedentes, em um momento de transição política, de articulação da sociedade civil depois de vinte anos de ditadura militar.⁶⁶ A Constituição democrática promulgada em 1988 considerou a saúde um direito de todos, sendo dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (artigo 196). A Conferência Nacional de Saúde de 1986 estabeleceu as bases da Reforma Sanitária, propondo princípios para um sistema nacional de saúde – descentralização (por intermédio dos municípios), criação de um serviço único e controle sobre a medicina privada conveniada –, os quais foram compilados na Carta Magna do país e desenvolvidos na Lei Orgânica de Saúde de 19 de setembro de 1990.

Nos primórdios da reforma, veio somar-se aos problemas de um sistema de saúde insuficiente e subutilizado uma crise econômica de gravidade sem precedentes. Isso empobreceu ainda mais a população e aumentou a necessidade de melhores serviços sanitários – em 1988, o crescimento da economia foi negativo pela terceira vez na década, enquanto o PIB caiu 0,3% em relação a 1987 (Yunes, 1991).

ALGUNS INDICADORES SOCIAIS E SANITÁRIOS

A primeira coisa que surpreende neste imenso país de 8,5 milhões de km² – ou 47% da América do Sul – é a coexistência de dois universos, sendo um altamente industrializado e outro absolutamente subdesenvolvido: a *Belíndia*, como a ele se referia um alto funcionário da Secretaria de Assistência à Saúde. O contraste radical entre o norte e o sul do país, entre o campo e a cidade e, no interior de cada uma dessas, entre as zonas residenciais e os bairros miseráveis, as favelas insalubres e as dezenas de milhares de meninos de rua.

No fim dos anos 90 o Brasil era a sexta nação mais populosa do mundo, com 157 milhões de habitantes concentrados nas Regiões Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo) e em parte da Região Centro-Oeste (Brasília). Trata-se de uma sociedade multirracial, com reputação de elevada tolerância e miscigenação

étnicas – o *caldeirão racial*, ou *melting pot* (Iacoponi; Ramos Laranjeira & Jesus Mari, 1991). Sua tendência demográfica à época, constatada em toda a América Latina, era a redução da camada com idade inferior a 15 anos, elevando-se o grupo de 15 a 65 anos e, sobretudo, o de mais de 65 anos.

Em 1985, calculou-se que cerca de 53 milhões de brasileiros (40,1%) viviam em condições de pobreza. Na população com mais de 5 anos de idade, 27,1 % eram analfabetos, existindo variações consideráveis entre as diferentes regiões do país – índice de analfabetismo de 47,2% no Norte e de cerca de 18% no Sul e Sudeste (Opas, 1990).

O número percentual de óbitos decorrentes de situações com algum componente psicossocial ou psicopatológico no Brasil correspondia a 21,5%,⁶⁷ com uma perda de 43,1% dos potenciais anos de vida. A importância dos fatores psicossociais se evidencia ao se comparar as mortes violentas com o total de óbitos, tanto em valores absolutos quanto em número de anos de vida virtualmente perdidos (2,9%, sendo 4,2% entre pessoas do sexo masculino, o que representava uma perda de 13,2% de anos de vida potencial por mortes violentas, ou porcentagem equivalente ao quádruplo da que corresponde às mortes por infecções intestinais – 2,8%) (Levav *et al.*, 1989).

Havia um alto índice de mortalidade infantil e uma persistência de doenças infecciosas e carenciais (malária, hanseníase, doença de Chagas, dengue, febre amarela, parasitoses). Entre as décadas de 80 e 90 o índice de prevalência de Aids era bastante elevado no Sudeste, notadamente na cidade portuária de Santos, afetando maciçamente os setores marginalizados e, entre estes, praticamente a totalidade das crianças de rua.

Cada sociedade tem, segundo Émile Durkheim, em cada momento de sua história, uma atitude definida perante o suicídio. Os milhares de meninos de rua – crianças e adolescentes das ruas do Rio de Janeiro, São Paulo e outras grandes metrópoles latino-americanas – são um cruel fator de desintegração, de consequências imprevisíveis no futuro dessas sociedades. São vítimas da destruição de qualquer referência familiar, o que faz com que a procurem reconstruir nas ruas. Trata-se de uma espécie de tribo, com idioma próprio e implacável em suas normas – exílio do grupo, pena de morte: padrões de comportamento peculiares que sobrevivem nas calçadas.

Tais crianças somam às carências próprias da pobreza e da miséria uma necessidade primordial: a afetiva. Constitui-se um fenômeno social de rápida

criminalização, o que torna as ruas intransitáveis – em consequência da exposição dos cidadãos comuns à violência –, mas, acima de tudo, ameaça o futuro da sociedade brasileira. Isso é demonstrado pelo tipo extremo de resposta organizada exemplificada pelos esquadrões clandestinos de extermínio de crianças, que converteram alguns bairros do Rio de Janeiro em zonas de combate.

SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

A prevalência global dos distúrbios mentais na população brasileira estava estimada, nas décadas de 80 e 90, em 20%. Investigações epidemiológicas realizadas em cidades de diferentes regiões calcularam índices de prevalência que variavam entre 34%, em Brasília e Porto Alegre, e 19%, em São Paulo (Domingos Sávio *et al.*, 1991). As patologias mais representadas foram, entre as mulheres, as neuroses, particularmente os estados de ansiedade; entre os homens, abuso e dependência do álcool (a psicose alcoólica e a síndrome de dependência do álcool representaram, em 1992, respectivamente, a segunda e a quarta maiores causas de internação psiquiátrica, tendo sido responsáveis por 29% dos gastos com internações naquele ano). Levav e colaboradores (1989) haviam calculado para o ano 2000 uma incidência de 26,65% de distúrbios mentais. O consumo de drogas estava aumentando, principalmente entre os jovens. As psicotrópicas mais consumidas eram, em primeiro lugar, os solventes, estando os ansiolíticos na segunda posição e as anfetaminas na terceira. Em relação aos meninos de rua, havia uma alta prevalência do uso de drogas – cerca de 64% –, sobretudo os solventes (cola de sapateiro).

O modelo assistencial, como assinalou à época o coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, Domingos Sávio do Nascimento Alves,⁶⁸ concentrava-se no hospital psiquiátrico, com número muito reduzido de leitos nos hospitais gerais e raros serviços ambulatoriais e de recursos intermediários ou programas de reabilitação.

O programa desenvolvido pela equipe do Ministério da Saúde procurava utilizar tanto o financiamento federal quanto sua capacidade normativa para modificar substancialmente as formas de atenção à saúde mental. A portaria ministerial que em 1992 modificou o sistema de pagamento aos hospitais, inclusive o financiamento de outros serviços alternativos (consultas individuais ou em grupo por profissionais de diferentes categorias, atenção em centros psicossociais e hospitais-dia, bem como urgências e internações nos hospitais

gerais), pressupôs a possibilidade de uma diversificação na alocação dos recursos anteriormente destinados aos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados.

Tal medida foi complementada, em 1993, por uma portaria da Secretaria de Assistência à Saúde, que estabeleceu os critérios para funcionamento dos hospitais psiquiátricos buscando sua humanização. Foram proibidas as celas de isolamento e a violação da correspondência, garantindo-se o direito dos pacientes de receber visitas dos familiares. Adotou-se a obrigatoriedade de os hospitais terem médicos de plantão nas 24 horas do dia e de existirem, nos centros, equipes multidisciplinares mínimas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de enfermagem). Para que todas as unidades se comprometessem com os novos critérios, foram estabelecidos tipos de acordos diferentes, premiando os que cumprissem as novas normas e *castigando economicamente* os relutantes. Como um modo de incentivar o tratamento fora dos manicômios, passou-se a reembolsar melhor as internações nos hospitais gerais, nos hospitais-dia e nos centros de atendimento comunitário.

Tais medidas permitiram abrir e financiar, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), 24 centros de assistência psicossocial. Em 1993, houve redução de quatro mil leitos de hospitais psiquiátricos e foram fechados nove manicômios particulares por absoluta falta de condições. Ao mesmo tempo, abriram-se dois mil leitos de psiquiatria nos hospitais gerais (Brasil, 1994). Em junho de 1993, “ante a preocupação com a qualidade efetiva do atendimento prestado e para garantir o cumprimento das normas de funcionamento dos hospitais psiquiátricos”, criou-se o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH). Seu objetivo era realizar supervisões sistemáticas nos serviços, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização e incorporando os diferentes setores sociais nessas atividades – conselhos profissionais, usuários e familiares, entre outros (Brasil, 1993b).

Formadas por profissionais externos, escolhidos entre associações científicas (de psiquiatras, psicólogos e enfermeiros) e por usuários e familiares, tais equipes têm a possibilidade de retirar o credenciamento dos centros – o que foi feito com alguns deles, particulares – se as normas não forem cumpridas, bem como o de determinar o nível de remuneração (existem quatro níveis). O mais importante hospital público do Rio Grande do Sul, estado dos mais prósperos e desenvolvidos do Brasil, o primeiro a aprovar uma legislação psiquiátrica progressista, foi descredenciado em junho de 1994, a menos que solucionasse em 45 dias determinadas deficiências identificadas (alimentação, higiene, farmácia, falta de um projeto terapêutico etc.).

Outra das linhas de atuação da reforma consistiu em promover a mudança da legislação obsoleta que regulamenta a internação psiquiátrica, bem como a modificação dos Códigos Civil e Penal brasileiros. Em alguns estados, como Rio Grande do Sul, Ceará e Pernambuco, foram aprovadas leis psiquiátricas progressistas, em que a legislação prevê a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e são estabelecidos procedimentos para a salvaguarda dos direitos dos doentes mentais, regulamentando assim a internação involuntária. Em outros oito estados e no Congresso Nacional, tramitaram projetos de lei que contemplaram a modificação das estruturas psiquiátricas vigentes.⁶⁹

Em novembro de 1993, organizou-se em Brasília um encontro de parlamentares estaduais e federais com gestores estaduais de saúde mental, especialistas do Ministério da Saúde e consultores internacionais da Opas/OMS. Dele participaram técnicos do Centro de Estudos e Investigações de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, representantes de usuários e familiares, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais. O grupo de trabalho, composto por trinta pessoas, estudou os diferentes projetos de lei brasileiros e as referências internacionais existentes até então. Elaborou algumas recomendações, as quais tendem a se revestir do papel de um instrumento estratégico em prol da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, os seguintes elementos fundamentais foram destacados para serem considerados nos projetos legislativos:

- Uma dimensão ética que afirme a urgência de se modificar um modelo assistencial que descuida ou tende a descuidar dos direitos fundamentais dos pacientes, com ênfase na busca de um modelo que permita a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade dos usuários.
- Inversão do modelo centrado no hospital, com a interrupção da criação de leitos para internações prolongadas e a reaplicação dos recursos financeiros públicos em outras alternativas assistenciais.
- Uma clara recomendação, embora aberta e flexível, de implantação – atendendo às peculiaridades administrativas, financeiras, técnicas e culturais de cada estado – de uma rede de recursos para a atenção a pessoas com distúrbios mentais, incluindo emergências e leitos nos hospitais gerais, e ainda hospitais-dia, casas de transição protegidas, ambulatorios regionalizados e outras modalidades assistenciais necessárias à constituição de uma rede de cuidados.
- Regulamentação das internações involuntárias, de acordo com as recomendações dos documentos internacionais (ONU, OMS), que contemplam, necessariamente, o recurso a um órgão de revisão do qual faça parte uma instância judicial.

- Normas de ordem geral que estimulem a articulação dos programas assistenciais com recursos não sanitários da comunidade, como os programas de ajuda mútua, as redes sociais de apoio, as cooperativas de trabalho, as iniciativas de lazer e as associações de usuários, familiares ou outros interessados.

Houve um evidente consenso no sentido de que os projetos deveriam ocupar-se de conceitos claros e gerais, e não – exceto na medida indispensável – de questões particulares e muito específicas, tais como a composição das equipes, as dimensões dos equipamentos, os sistemas de informação e os tipos de técnicas empregadas (nos debates de algumas leis e no debate das conclusões da II Conferência Nacional chegou-se a discutir se o eletrochoque deveria, ou não, ser proibido). A maioria dos participantes julgou que essas questões organizacionais e técnicas deveriam ser tratadas nos regulamentos específicos dos governos e entidades acadêmicas ou ético-profissionais.

Visou-se a uma regulamentação sobre os procedimentos terapêuticos, sobre a questão dos manicômios judiciais, sobre a proibição da construção de hospitais psiquiátricos particulares e sobre qual poderia ser o órgão de garantia nas internações involuntárias – o sistema judicial ou a defensoria pública –, presente na Constituição de 1988, mas que não funcionava na maioria dos estados.

O grupo de especialistas recomendou a formação de um Comitê Assessor de Legislação Psiquiátrica (Brasil, 1993c) (em 14 de junho de 1994, um decreto do ministro da Saúde criou uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde. A mesma era composta por dois titulares da Associação de Usuários de Saúde Mental e Familiares, um do Ministério da Saúde, um do Conselho Geral de Secretários Estaduais de Saúde [os conselheiros de saúde estaduais], um do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, dois titulares da Associação de Hospitais Privados, um do Ministério de Educação e Desportos, um do Fórum de Entidades dos Profissionais da Área da Saúde, um da Associação Brasileira de Psiquiatria e um do Movimento de Luta Antimanicomial. Incluí a lista de participantes para ressaltar a composição do comitê).

Os diferentes atores envolvidos na reforma tiveram uma participação que não se reduziu a um mero apego a fórmulas, uma vez que a comissão teve um poder diretamente proveniente do Conselho Federal de Saúde, órgão dependente do Congresso. Nos estados onde havia conselhos semelhantes em funcionamento, como o Rio Grande do Sul, por exemplo, seu poder era relativamente grande. O debate da lei, com os riscos que uma legislação específica

sempre acarreta, transcendia a norma legal e propunha um modelo de atenção à saúde e um modelo de organização dos serviços socio sanitários; daí sua relevância. A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir. E também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais.⁷⁰

Isso refere-se, por exemplo, à atenção à cronicidade por parte de camponeses voluntários, assessorados pela equipe do centro de saúde mental de Bagé, nos arredores de seu território, no sul gaúcho. É um programa original de acompanhamento de psicóticos crônicos; à utilização indiferenciada de leitos nos hospitais gerais, em São Lourenço (MG) ou Rio Grande (RS); à busca de uma assistência integrada à saúde geral, com uma orientação de saúde pública em alguns bairros de São Paulo; à experiência triestina de Santos ou Campinas e a muitos outros dos processos de reforma realizados em todo o país.

Trata-se da mobilização de uma ampla e atuante coletividade militante do público, os *loucos pela vida*, que procura criar novos espaços de vida, modificá-la, não se atendo apenas a assistência psiquiátrica. Em sua proposta, tampouco se poderia alterar algo sem modificar as formas de vida. Essa é uma ideologia que nos aproxima das ideias dos anos 60 e início dos 70 na Europa, na época das coordenadorias, da rede psiquiátrica na Europa mediterrânea. Uma ideologia que – em um universo profissional cada vez mais próximo do laboratório neurofisiológico que do conhecimento antropológico e clínico sobre o sujeito, no qual a psicopatologia é substituída por manuais, por propedêuticas reducionistas do tipo DMS IV, SCAN ou CIE 10 – recupera uma prática humanista (não se pode saber medicina sem saber o que é o homem, diz o *Corpus Hipocrático*).⁷¹ “De perto, ninguém é normal”, reza um dos *slogans* dessa ideologia. São frases que se repetem em cartazes e camisetas. É como se Marx e Rimbaud, Artaud e Freud, Franz Fanon e Marcuse voltassem outra vez a animar os movimentos de base.

Trata-se de uma reforma que, se conseguir não apenas arrebatando espaços organizacionais das forças mais inertes da sociedade brasileira, mas também ligar sua original capacidade social e comunitária à clínica e a uma pesquisa avançada; se conseguir resgatar o patrimônio de cientificidade, tantas vezes usurpado por um falso saber acadêmico, e incorporar em seus espaços de vida, em sua trama participativa e comunitária, as poucas ferramentas universalmente válidas da tecnologia sanitária e da assistência à saúde mental – psicopatológicas, diagnós-

ticas, terapêuticas, epidemiológicas e de gestão –, terá conseguido não apenas sobreviver, mas também criar novas bases para os serviços de saúde mental.

Em curto espaço de tempo o Brasil conseguiu tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais, quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, o que, em outros países, levou muitos anos (Itália, Espanha, entre outros) ou se beneficiou de um contexto de especial sensibilidade social, como no Reino Unido e na França após a Segunda Guerra Mundial – a atividade editorial demonstra a incidência do movimento psiquiátrico reformador: entre 1992 e 1994 foram lançados cerca de vinte livros sobre a reforma por editoras de alcance nacional e, ao que constava, havia outros tantos em preparação ou já lançados.⁷²

A equipe do Ministério da Saúde, com a experiência de uma antiga militância política em partidos de esquerda na luta contra a ditadura, e com uma grande habilidade para conciliar posturas em torno de pontos fundamentais – desinstitucionalização, alternativas, defesa dos direitos dos pacientes, aprimoramento da técnica –, além de ter o apoio irrestrito da assessoria da Opas,⁷³ conseguiu materializar as bases para uma reforma apoiando-se em um amplo movimento profissional e civil. Nele conviveram manifestos como a Carta de Piatã (praia da Bahia onde se realizou o Primeiro Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em setembro de 1993), intitulada Brasil sem Manicômios no Ano 2000, além de portarias ministeriais que regulamentavam o pagamento pelos serviços de saúde mental (inclusive as atividades comunitárias) e puniam a falta de projetos terapêuticos nos centros de atendimento, assim como medidas que violem os direitos dos pacientes.

O INÍCIO DA CONTRARREFORMA

Por que haverá o leitor de prestar atenção a mais uma crise, a outro clamor por recursos e a mais uma série de problemas? Cremos que deve fazê-lo porque os problemas abordados põem em jogo a condição humana e estão mais próximos dela do que quaisquer outros; porque esses problemas impedem nosso pleno desenvolvimento como pessoas e porque o relativo silêncio que os cerca é vergonhoso, uma vez que se pode fazer algo para resolvê-los.

Desjarlais et al., 1997

Para situar a saúde mental, sua atualidade e suas perspectivas torna-se obrigatório deter-se em nosso presente histórico, em nosso modelo de sociedade. Pelo menos, nesse modelo que a chamada globalização está impondo ao mundo. Neste presente vazio e desmemoriado, que prega o fim das grandes ideias, justiça, igualdade, progresso, e no qual se estão perdendo os ideais socialmente mobilizadores da modernidade, é preciso reivindicar a História, o saber sobre si mesmo e sobre os outros, sobre o passado que nos dá sustentação. O diagnóstico é o começo da clínica, da atividade de terapeutas, e não o seu fim, como pode parecer para muitos (Colina, 1998).

Cuidar eticamente do mundo consiste em assumir, com todas as suas implicações, a igualdade essencial dos homens, como escreveu Fernando Savater (1995). Mas, o cuidado ético, insiste esse autor, só pode realizar-se a partir da dignidade e da humanidade. O cuidado, a defesa dos direitos humanos, a proteção dos sujeitos mais frágeis, o respeito pelas diferenças, pelos excluídos, pelo outro, pelo estrangeiro, não é um ato beneficente, não é um privilégio do poder do dinheiro ou da política. Ninguém tem o poder nem o privilégio de dar nada a ninguém, todo mundo tem todos os direitos, escreveu Jean-Paul Sartre tempos atrás, no prólogo a um livro outrora célebre, *Os Condenados da Terra*, de um psiquiatra e lutador anticolonialista argelino, Franz Fanon (1963). Sem dignidade, a humanidade se desumaniza, não entende do corpo e seus afetos, é pura animalidade. A dignidade e a coragem de uma sociedade, ressalta Pereña (1998), verificam-se por sua maneira de acolher a marginalização e a loucura.

A ideia de higiene mental, de saúde mental, surgiu no século XX, originada de uma modernidade esclarecida que acreditava no progresso e em sociedades mais igualitárias e mais justas. A ideia da reforma psiquiátrica teve início, como já assinalado, depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de maior sensibilidade social, de maior respeito pelas diferenças e pelas minorias, na esteira do holocausto. Surgiu em momentos de reconstrução do vínculo social.

A maneira como cada sociedade enfrenta a doença, a invalidez e o tratamento diferencia os movimentos de reforma. E, particularmente, não há atenção comunitária sem um Estado social, assim como não há cuidado ético sem dignidade e humanidade.

A assistência comunitária exige um sistema de saúde universal e equitativo, descentralizado e participativo, o que se denominou de Sistema Único de Saúde, como o contemplado na lei de saúde brasileira na Constituição de 1988. Ou na Lei Geral de Saúde espanhola de 1986 (até que ponto ela foi cumprida já é outra história). A organização unitária dos serviços e a integração dos três níveis clássicos de assistência, desde a educação para a saúde até a reabilitação, com um financiamento fundamentalmente público que permita o atendimento das populações, e não apenas do sujeito enfermo, são a precondição da saúde comunitária.

SUCESSOS E DEFICIÊNCIAS DAS REFORMAS

Passou-se mais de meio século desde o início do movimento de reforma psiquiátrica, quando, em plena ocupação alemã da França, François Tosquelles, um exilado republicano espanhol, organizou uma experiência de transformação radical do manicômio de Saint-Alban, ou quando Wilfred Bion e Maxwell Jones estabeleceram as primeiras comunidades terapêuticas; completaram-se mais de cinquenta anos desde que Franco Basaglia ficou encarregado do manicômio de Gorizia, momento inaugural da reforma anti-institucional italiana.

Posteriormente, Basaglia visitou a Espanha, junto com Giovanni Jervis e outros líderes do movimento de psiquiatria democrática, como também fizeram Roger Gentis ou Félix Guattari, apoiando os grupos de contestação psiquiátrica – a coordenadoria psiquiátrica dos últimos anos da ditadura do general Franco. Nos Estados Unidos, foi nos anos do *New Deal* que se aprovou a lei Kennedy, que deu impulso à psiquiatria comunitária norte-americana. E pelas

mãos da Philadelphia Association, fundada por Ronald Laing, apareceram as comunas antipsiquiátricas no Reino Unido, ponto de encontro do movimento contracultural inglês dos anos 60: esboçavam-se no imaginário social os limites entre a razão e a desrazão.

Várias décadas se passaram desde as primeiras reformas, e as ideias precursoras deram lugar a grandes processos de transformação da assistência psiquiátrica no mundo, assim como a uma importante mudança da imagem, da ideia que têm da doença mental os políticos, os governantes, os profissionais e os cidadãos em geral.

E ela se modificou por força dos acontecimentos. Muitos hospitais psiquiátricos fecharam suas portas, criaram-se estruturas alternativas que atendem aos problemas da saúde mental na comunidade, e os programas de reabilitação e apoio social permitiram enfrentar a velha e a nova cronicidade. As autoridades, tantas vezes ambíguas, preocupadas com fantasias ancestrais e com suas repercussões eleitorais – a suposta periculosidade do doente mental, a criminalização dos pacientes egressos dos manicômios, os sem-teto, a mendicância violenta, ou o simples medo de encarecer os custos da atenção à saúde mental –, acabaram por aceitar, em boa parte dos países, a necessidade social da mudança e, de modo geral, disso extraíram benefícios políticos.

Atualmente, já não se trata de demonstrar a inutilidade técnica ou social do manicômio, pois este se transformou em um resíduo incômodo, quase vergonhoso, embora ainda persista na maioria das regiões.

Hoje, o risco para o desenvolvimento de uma psiquiatria pública alternativa, assim como para a saúde pública em geral, provém, por um lado, da crise de seu esteio principal – os serviços sanitários, sociais e comunitários do chamado Estado de Bem-Estar Social –, e, por outro, da evolução farmacodependente e rudimentarmente biológica da psiquiatria.

Nos últimos tempos, o mundo tem se precipitado em rápidas mudanças. A globalização da economia, o grande aumento do desemprego e o crescimento da exclusão social, entre outros fatores, parecem remeter a uma mudança acelerada das formas de produção, com modificações profundas nas formas de vida – da família, do trabalho e do lazer – e com uma contínua erosão dos direitos fundamentais da pessoa. É uma nova ordem planetária em que a riqueza está ainda mais concentrada, enquanto o tecido social básico vai começando a se desintegrar, como assinalou o conhecido jornalista espanhol Cebrian (1998):

“as antigas leis, estruturas, normas e propostas mostram-se completamente inadequadas à vida na nova economia”. E ainda não se conhecem outras que as substituam.

Essa incerteza, essa ausência de respostas estruturais, atinge o Estado de Bem-Estar Social, conquista do capitalismo social-democrata em prol de uma melhor convivência social, e, no mundo inteiro, está levando ao poder governos que, independentemente de sua coloração política, mostram-se dispostos a reduzir a presença pública, a diminuir a rede de prestação de serviços: educação, saúde, pensões previdenciárias, habitação. Ou, ao menos, dispostos a redefinir a chamada *cesta básica* – o conjunto de serviços públicos universais –, a pretexto de reduzir a dívida pública e gerar empregos. São cortes que põem em perigo a universalidade e a equidade dos serviços socio sanitários e, em especial, a assistência às populações mais frágeis – aos inúteis sociais de que fala Castel (1995) em seu livro *A Metamorfose da Questão Social* – nos países mais avançados, assim como impõem o risco de condicionar o tipo de desenvolvimento dos países pobres.

As consequências disso podem ser vistas nos Estados Unidos, em seus mais de cinquenta milhões de pessoas sem qualquer cobertura de saúde, e na grande precariedade dos outros serviços sociais – um modelo sanitário que Terris (1991) qualificou de *non-system* e que leva à desigualdade, para usarmos as palavras de um editorial da conhecida revista *Psychiatric Services*, da American Psychiatric Association (Burns, 1996).

Há que indagar se, nessa situação – e como não olhar para o Banco Mundial e outros formadores de opinião? –, a política de desinstitucionalização e de apoios sociais e comunitários na atenção à saúde mental será mantida ou se as forças conservadoras, explorando os medos coletivos, conseguirão construir velhas instituições nas novas estruturas.

PSIQUIATRIA VERSUS SAÚDE MENTAL

Há, contudo, também uma crítica a ser feita ao modelo comunitário, à sua eficiência. Em psiquiatria, em saúde mental, existe uma tendência direitista nas respostas técnicas, um retorno à neuropsiquiatria (não à toa os anos 90 foram declarados, nos Estados Unidos, como “a década do cérebro”). O exagerado aumento do preço dos medicamentos – com o financiamento maciço de pesquisas, congressos e publicações pela indústria farmacêutica – tem algo a ver com isso.

Surge um debate sobre a eficiência do modelo de atendimento construído em décadas passadas, com base em estudos que afirmam não se ter conseguido uma melhora das patologias mais graves e que, no entanto, desviaram-se recursos para patologias menores (Hansson *et al.*, 1995) ou para simples *problemas da vida* (Henderson, 1996).

Vozes iradas se elevam pleiteando uma separação entre a saúde mental – conceito ambíguo, que exige ressalvas contínuas – e a psiquiatria. São autoridades e líderes de opinião que defendem um retorno à psiquiatria neuropsiquiátrica, com uma prática claramente diferenciada das ações de saúde mental, relegadas a psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. O discurso antropológico e necessariamente social das especialidades de saúde mental começa a ser substituído por indicadores biológicos ou por itinerários fotomagnéticos – que nos impedem de olhar para aquilo que somos incapazes de ver, nas palavras de Fernández Liria e Dieguez Porres (1998); a psicopatologia reduz-se a um consenso classificatório *prêt-à-porter*.

Há um outro tipo de crítica que tem a ver com a inadimplência dos modelos comunitários, com a escassez de recursos alternativos por toda parte, com a persistência do hospital psiquiátrico e com a falta de redes sociossanitárias completas que possam inverter a lei da assistência inversa, levando mais recursos para os grupos mais frágeis a fim de garantir a discriminação positiva, ou seja, a equidade e a continuidade do tratamento, ou seja, a eficácia.

A SAÚDE MENTAL AMEAÇADA

Quer se trate de uma patologia menor, de *mal-estares da vida* ou dos sintomas mínimos persistentes de que fala a literatura francesa, quer se trate de distúrbios mais graves que muitas vezes se prolongam pela vida afora, quer, ainda, seja consequência da miséria ou dos hábitos de vida, da exclusão social ou da paranoia dos dirigentes, a questão é que a doença mental constitui uma das epidemias da vida moderna, junto com os acidentes, o suicídio e a violência.

“Os problemas mentais, sociais e de conduta estão provocando uma crise sem precedentes, que ameaça a estabilidade política e econômica e conspira contra a humanidade de dezenas de milhões de pessoas”, afirma uma equipe de profissionais da Universidade de Harvard em um estudo intitulado *A Saúde Mental no Mundo: problemas e prioridades nos países de baixa renda*, realizado

para a Organização das Nações Unidas. Os autores consideram que a situação piorará ao longo das próximas décadas, como resultado da desmedida onda de violência que atinge a África, a Ásia e a América Latina, bem como do crescimento da população, especialmente nos países em desenvolvimento (Desjarlais *et al.*, 1997).

A perspectiva tampouco parece ser muito melhor no chamado Primeiro Mundo, onde, segundo investigações epidemiológicas realizadas na década de 90, cerca de 30% dos habitantes teriam sofrido de algum episódio de doença mental ao longo da vida e no qual 20% haviam mantido uma sintomatologia ativa durante o ano anterior aos estudos (ECA, Estados Unidos, 1991; Canadá, 1993; Espanha, 1994). Essa é uma prevalência de distúrbios mentais de importantes repercussões sociais e econômicas, tanto pelos anos de vida perdidos por incapacidade – nesse indicador, o Banco Mundial situava a doença mental em primeiro lugar, acima do câncer e das doenças cardiovasculares – quanto pelo custo que eles representam.

A estimativa da OMS é de um considerável aumento das doenças mentais, tanto nos países de baixa renda quanto na Europa Ocidental e na América do Norte, em virtude do envelhecimento da população, do estilo de vida e da proporção cada vez maior de pessoas que ficam expostas a situações psicossociais adversas. O desemprego prolongado, as formas de vida isolada, decorrentes da debilitação dos laços familiares e sociais, a mobilidade social e geográfica e as situações de exclusão social (imigrantes, sem-teto, marginais) aumentam a vulnerabilidade à doença mental. São situações de risco que se unem ao crescimento dos casos de Aids – com os distúrbios psicológicos que lhes estão associados – e, acima de tudo, à adoção irrefreável, por parte de pessoas muito jovens, de padrões de conduta lesivos à saúde, especialmente o abuso das drogas ilícitas e do álcool, a condução perigosa de veículos e o gosto pelo risco e pela violência.

A atenção à saúde mental, tão ameaçada por fatores adversos, exigirá uma ampla oferta de serviços sanitários e sociais – em psiquiatria, a atuação não se esgota na intervenção clínica –, caso tenha a intenção de ser eficaz. Tendo o debate sobre a seleção de prioridades na assistência sanitária e sobre o limite dos serviços prestados se iniciado na Europa no começo dos anos 90, há recomendações de alguns grupos de especialistas para que os governos protejam legalmente a qualidade da atenção aos doentes mentais, prevendo os possíveis efeitos adversos da competição reguladora.

É uma ironia que, agora que se adquiriu experiência capaz de nos guiar em futuros processos de desinstitucionalização – nas palavras de Bachrach (1997) –, capaz de nos nortear na substituição dos hospitais psiquiátricos por dispositivos ambulatoriais alternativos, nos deparemos com o fato de que os cuidados aos doentes mentais seja apenas questão de consciência social e de conhecimento profissional. Trata-se também, lamentavelmente, de uma questão política e de escolha de prioridades. O idealismo dos anos 60, que se aliava a um financiamento aparentemente ilimitado, foi substituído, ao menos temporariamente, pelo critério da redução de custos.

Brasil

Em dezembro de 1997,⁷⁴ coordenadores estaduais de saúde mental, em uma análise da situação da assistência psiquiátrica no Brasil, assinalaram como seu maior sucesso a diminuição dos leitos psiquiátricos em todo o país – “sem, no entanto, causar qualquer desassistência à clientela” –, além do crescimento dos recursos comunitários alternativos e das ações socio sanitárias voltadas para a reinserção social dos pacientes egressos dos hospitais. Também destacaram o papel desempenhado na melhoria da qualidade assistencial pelos decretos e normas ministeriais propiciados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses decretos incluem:

- Possibilidades de financiamento.
- Medidas éticas, como a proibição de dependências de isolamento [celas reforçadas] ou da violação da correspondência [Portaria Ministerial n. 224/1992].
- Normas para atendimento ambulatorial e hospitalar, com especificação do quadro mínimo de pessoal e das ações a serem praticadas, como grupos e visitas domiciliares ou atividades de promoção da saúde mental.

Tais normas situam a preocupação ética com o direito dos pacientes, e não uma atitude defensiva dos profissionais como acontece na Europa ou nos Estados Unidos. As perguntas sobre o futuro concentraram-se na manutenção de um modelo misto, híbrido, enquanto não se completasse a descentralização de recursos, a municipalização (mantendo-se as alçadas municipais, estaduais e federais), e no tipo de modelo sanitário geral que o país acabaria adotando. A influência neoliberal, na época tão em voga, fazia pressão para reduzir os serviços públicos e aumentar os convênios nos serviços comunitários, credenciando os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) particulares, assim como em toda a estrutura de saúde.

Todavia, no Brasil, como na Espanha, esse crescimento dos recursos materiais e humanos ocorreu em momentos socialmente esperançosos, em momentos de grandes mudanças e de consolidação democrática. O movimento de saúde mental, dos psis, transcendeu a fronteira profissional no intuito de promover mudanças mais profundas na sociedade e nas relações da cidadania. Atuando como se fossem porta-vozes dos excluídos, os profissionais do psíquico uniram-se a familiares e usuários para reivindicar a integração dos marginalizados, dos diferentes. Essa dimensão foi muito mais limitada na Europa, onde a reforma psiquiátrica deixou-se impregnar pela política social e pela política sanitária, mas onde a amplitude do movimento reduziu-se ao limite sanitário e imediato, enquanto a participação civil restringiu-se à mobilização de familiares (na Espanha, somente depois as associações de pacientes começaram a ser formadas).

Tal sensibilidade social favoreceu um importante voluntarismo nos primeiros anos dessas reformas, mas após a estabilização do processo, voltou-se contra seus protagonistas, que não conseguiram encontrar respostas para tantas esperanças nos resultados sempre modestos. Na Espanha, a ausência de uma carreira profissional bem estruturada e de incentivos profissionais e econômicos às diversas áreas de responsabilidade têm *queimado* os antigos líderes e dificultado sua substituição. A *cultura da reforma* tem que impregnar os profissionais mais jovens, às vezes seduzidos pelo discurso mais fácil e fecundo dos fármacos e da tomografia computadorizada por emissão de fóton único (em inglês: *single photon emission computed tomography* – Spect).

Na Espanha, temos ainda as lutas de interesses entre profissionais (psicólogos *versus* psiquiatras) ou entre escolas (o modelo médico *versus* o modelo social); o ressurgimento de um sindicalismo corporativista e profundamente reacionário nas associações de classe, que faz o setor de serviços e boa parte do setor de auxiliar de enfermagem se entrincheirar em posições conservadoras; temos também um compromisso menor por parte dos líderes associativos, em virtude do cansaço biológico dos pioneiros e, em muitas ocasiões, por conta de sua incapacidade de organizar quem os substitua; e, além disso, a mudança da mentalidade política, na qual a utopia social – essa herança de 68, tão presente no grupo da geração que se ligou à profissão por volta dos anos 70 – foi substituída pela preocupação predominante com o lucro, enquanto a falta de referenciais universais – fim do marxismo, da confiança no progresso e na história – deu margem à desconfiança social e à busca da privacidade como refúgio. Maus tempos, sem dúvida, para um trabalho que precisa dos vínculos sociais.

Não é de surpreender que seja nas atividades mais comunitárias – quando a comunidade passa a ser um fator implicado na origem e na solução dos problemas –, como acontece no âmbito da saúde mental (e nos aspectos preventivos e de promoção da saúde), que mais se manifestam as carências da reforma psiquiátrica espanhola, como bem assinalaram Fernández Liria e Dieguez Porres (1998).

No entanto, apesar de ter havido mudanças positivas substanciais na ideia da doença mental e dos serviços psiquiátricos, a acentuação da paranoia social na Europa convergente – a proteção xenófoba da cidadania europeia e de seu nível e qualidade de vida diante de trabalhadores estrangeiros e de seu aumento potencial – eleva a intolerância, o desprezo pelas minorias e por toda sorte de estrangeirices.

O movimento de reforma psiquiátrica, desinstitucionalizador e comunitário, novamente se tornou suspeito entre os formadores de opinião: mais uma vez a imprensa, a não acanalhada, esmiúça a suposta periculosidade do doente mental, culpa os *reformadores* românticos e utópicos pela violência das ruas e pelas infrações, convertendo outra vez os sem-teto em doentes perigosos. De novo se camuflam a marginalização social, a existência de um desemprego estrutural e os graves problemas do alcoolismo e do tráfico de drogas sob a suposta periculosidade do doente mental, a política de portas abertas e o fechamento dos manicômios. Há uma tendência para a direita na maneira de encarar a vida pública em meios de comunicação tradicionalmente liberais e até mesmo progressistas.

Já dizia Touraine (1998) que estava chegando o momento de os governos e a opinião pública se questionarem, de forma prioritária, sobre as condições de uma mudança do modelo econômico que permitisse combinar o dinamismo à moda norte-americana com a política social que os europeus, com razão, queriam conservar.

A questão, como destacaram Gorz e Robin (1996), é que “a radicalidade das mudanças previstas deve conjugar-se com a vontade modesta de evitar que um mundo se veja submerso na barbárie antes que outro tenha tempo de nascer”. É preciso impor regras e limites à competitividade, fazendo com que o intercâmbio sirva ao desenvolvimento social e ecológico de um planeta solidário.

A sociedade do futuro estará condicionada à proposta de proteção à saúde e de cuidado ético que se elabora hoje. Na verdade, o problema não é decifrar

os padrões das doenças mentais de um futuro próximo; a questão é prever que tipos de laços sociais, que valores, que cultura e que tipo de homem se está projetando. A questão é se poderemos romper a maldição de que falou Albert Camus por meio de seu personagem Calígula: “os homens morrem e não são felizes” (Camus, 1996).

À GUIA DE INVENTÁRIO E PROPOSTA

Já são fato a diminuição dos leitos manicomiais, a perda da vigência do hospital psiquiátrico e uma certa consolidação de uma cultura da reforma psiquiátrica: maior aceitação do distúrbio mental como uma doença a mais, maior integração dos sistemas de cuidado na saúde geral. Também é fato o desenvolvimento de técnicas específicas de atenção à cronicidade incapacitadora: os programas de reabilitação, praticamente inexistentes no início dos anos 80 – e foram uma das carências importantes das primeiras reformas –, desenvolveram-se muito desde então, formalizando ferramentas eficazes para lidar com a cronicidade psicótica.

Entretanto, mantêm-se algumas deficiências dignas de nota, como a desigualdade por países, por regiões e até dentro das grandes regiões na implantação das redes em todos os lugares. Quando se fala da reforma psiquiátrica italiana, faz-se referência a um modelo que foi modificado por uma legislação (a lei n. 180, de 1978, que eliminou os manicômios) e a alguns princípios desinstitucionalizadores, mas, no cômputo final, nem todas as regiões da Itália concluíram os projetos de reforma.

O mesmo acontece em todos os países. Na Espanha, isso foi assinalado no *Informe del Defensor del Pueblo*, de 1992, que ressaltou a falta de recursos em algumas regiões ou, em outras, a sobrevivência do manicômio como recurso hegemônico.

A carência é muito maior no ponto em que as necessidades sanitárias e sociais se entrelaçam: nos pacientes crônicos inválidos. Entre as grandes questões pendentes estão a introdução de critérios de qualidade subjetiva de vida nos serviços de saúde mental e o desenvolvimento de mecanismos e protocolos que garantam a ética das práticas e os direitos dos pacientes e dos que lhes são próximos.

Entre os grandes riscos futuros está a própria definição da prática da psiquiatria e de outras disciplinas da saúde mental. A reforma psiquiátrica deixou

de lado, praticamente em todos os lugares, a universidade, demasiadamente conservadora e endogâmica. A frente da reforma psiquiátrica foi a assistência. Na docência, considerou-se apenas a formação de especialistas ligados à assistência (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros ramos do atendimento).

Agora, em tempos mais conservadores, nos locais em que o movimento reformador vem refluindo, a universidade – com seu classicismo e sua distância dos problemas reais da atenção psiquiátrica – desponta além de seu enfoque provisório, invadindo o mundo da assistência, incorporando parcialmente e descaracterizando o discurso da reforma. É uma universidade que se aliou à indústria farmacêutica, por força da precariedade dos orçamentos públicos para a docência e a pesquisa. Tal aliança é muito apropriada ao momento histórico, à vitória de um modelo cognitivo em que o conhecimento, o saber sobre as coisas, tem menos importância que seu uso eficaz, seu manejo. Uma propedêutica global, um vade-mécum universal e certo para cada distúrbio. Tudo é química, desde o sentimento até a brincadeira, e tudo tem sua pílula eficaz.

Por fim, existe o cansaço. Nos meios profissionais da Europa e da América do Norte impõe-se a síndrome do profissional *queimado*, do chamado *burnout*. Como a anorexia e a bulimia, trata-se de uma síndrome própria das sociedades opulentas, obesas. Que se introduz, na melhor das hipóteses, diante da dificuldade de mudar as coisas, de levar melhor a cabo a reforma, mas, acima de tudo, ao se evidenciar o caráter árduo da tarefa psiquiátrica, ao se comprovar que a atuação terapêutica é, quando muito, incerta. Que boa parte de nossos pacientes nos acompanha por toda a vida. Sua cronicidade nos impregna. Em boa parte deles, reconhecemos a nós mesmos. Suas pequenas misérias, fobias, medos, angústias e vicissitudes de vida são as nossas: aquelas que temos grande dificuldade de relevar (com ou sem análise pessoal). A sociedade exige de nós não apenas o controle da loucura, do ato psicótico imprevisível, mas também remédios eficazes para o mal-estar cotidiano. Exige, mais uma vez, que enfrentemos seus males: a toxicomania, a delinquência. Trata-se de psiquiatrizar o mal: estupradores, torturadores, psicopatas; afinal, já não existem a legião estrangeira, os grupos expedicionários, a exportação de criminosos que desconhecem a culpa para os países colonizados, em defesa da ordem ocidental.

A *síndrome do queimado*, o ataque da indústria à consciência dos profissionais, o predomínio de uma universidade conservadora e a incerteza política, tudo isso são alguns desafios para o futuro da reforma.

E é nesse ponto que pode desempenhar um significativo papel o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. No posfácio do livro *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, coordenado por Paulo Amarante e publicado pela Editora Fiocruz pela primeira vez em 1998, escrevi:

A originalidade brasileira encontra-se na maneira de integrar, no discurso da cidadania, na consciência social a trama de atuações que deve construir um programa comunitário e o estilo de inventar novas fórmulas de atenção a partir do protagonismo de todos. (Amarante, 1998: 131)

A importância da reforma que vem sendo realizada no Brasil está na mobilização de um grupo amplo e atuante, militante no campo social, que procura criar novas experiências para transformar a vida (e não apenas a assistência psiquiátrica). Dando prosseguimento à citação, diria que “muito pouco seria possível fazer sem que as formas de vida fossem modificadas”.

POSFÁCIO

ESPAÑHA, DA VANGUARDA À RESISTÊNCIA: A CULTURA DA REFORMA E AS ESTRATÉGIAS DE FUTURO*

O processo de reforma psiquiátrica inaugurado pela Lei Geral de Saúde em 1986 enfrentou, como vimos em outro capítulo, um duplo desafio: desmontar um sistema obsoleto, baseado no hospital psiquiátrico e nas consultas de neuropsiquiatria com duração de duas horas, oferecidas pelo seguro de saúde, e construir um novo modelo assistencial. Não há dúvida alguma quanto à consecução do primeiro. Nesse meio tempo, mudaram o modelo assistencial, o número e a qualidade dos recursos e o imaginário social, na representação que a população hoje tem da doença mental e dos serviços psiquiátricos. É uma transformação que se reflete na evolução dos indicadores, como se pode comprovar pelas informações fornecidas pelo Ministério da Saúde e do Consumo da Espanha (MSC, 2007) e pelo Observatório criado pela Associação Espanhola de Neuropsiquiatria – Profissionais da Saúde Mental (AEN, 2007).

Entre os sucessos que se constituíram elemento indispensável à implantação de uma nova gestão clínica em saúde mental estão o estabelecimento da atenção primária, sua qualidade e a concepção integradora dos diferentes níveis da assistência. Na saúde mental, desenvolveram-se, na prática pública, aplicações clínicas que permitem uma assistência comunitária que vai além da psicofarmacologia e da internação. Outra questão é saber se foi construído um novo modelo sustentável, ou se, graças ao predomínio político conservador, o peso hospitalar e a medicina organicista voltaram a prevalecer diante do comunitário e dos princípios de saúde pública que inspiraram a reforma.

A reforma psiquiátrica e, portanto, a implantação do modelo comunitário, iniciou sua caminhada na Espanha calcada numa reforma que garantia a cobertura

* Texto escrito em 2015 especialmente para integrar a segunda edição deste livro.

pública e universal a todos os cidadãos nos serviços sanitários – um modelo que se apoia na área da Saúde como espaço ordenador da rede sanitária e que tem a atenção primária como porta de entrada do sistema. Garantir a atenção nos diferentes níveis de necessidade dos doentes mentais exige muito de um Serviço Nacional de Saúde público e universal, ante as iniciativas privatizantes. Foi na sustentabilidade do sistema diante das mudanças políticas que a saúde espanhola – e portanto, a saúde mental – encontrou seu calcanhar de Aquiles. Mas esse ponto fraco tem em suas causas algumas razões que vão além do poder político. Há que considerar pelo menos duas questões: a baixa implicação da sociedade civil no tema saúde e os erros e insuficiências do próprio processo reformista, tanto na saúde em geral quanto na saúde mental.

Quanto à primeira questão, a profundidade da regressão que tem ocorrido nos últimos anos e a escassa resposta social nos fazem perceber que o modelo proposto não foi integrado na consciência coletiva, tanto na consideração da sociedade civil e de seus agentes (associações comunitárias, partidos, sindicatos) quanto na das coletividades profissionais. Nesse aspecto, é preciso levar em conta a reduzida capacidade reivindicatória do tecido social espanhol, consequência, entre outras razões, da desmobilização que se produziu no fim da ditadura: a esquerda espanhola, majoritariamente agrupada em torno do Partido Comunista, concordou em desmontar todo um movimento social complexo e amplo – que reunia associações e comissões de bairro, de trabalhadores, de intelectuais, entre outros, e que havia sido essencial na derrubada do franquismo –, a pretexto de facilitar uma transição pacífica e, no fundo, em prol de uma aliança oportunista com boa parte dos setores da ditadura. Trata-se de uma diferença fundamental em relação ao Brasil, onde, após o fim da ditadura, o movimento social não só não se diluiu, como cresceu, ocupando uma posição preponderante nesse cenário político.

No que diz respeito à segunda questão, temos, por um lado, as insuficiências ou erros estratégicos de planejamento e programação das autoridades sanitárias, como o não desenvolvimento de aspectos essenciais da Lei Geral de Saúde: os Conselhos de Área e as Gerências de Área únicas, que integrariam a atenção especializada, a atenção primária e a saúde preventiva, bem como possibilitariam a participação cidadã. Tampouco se chegou a concluir o Plano Integrado de Saúde (que deveria ser aprovado pelo Parlamento da nação e constituir a referência para todas as atividades do Sistema Nacional de Saúde), o qual teria evitado as grandes desigualdades nas Comunidades e estabelecido normas e indicadores epidemiológicos comuns. Não se procurou nem ao menos promulgar

um marco trabalhista que pudesse potencializar e, ocasionalmente, autorizar o desenvolvimento do modelo proposto pela Lei Geral de Saúde.

De fato, na saúde mental a reforma foi feita sem dispositivos que legitimassem a atenção comunitária, para além do amparo do artigo 20 da Lei Geral de Saúde (que consiste, no fim das contas, em alguns princípios interpretáveis). Não houve mudanças normativas que definissem os serviços: carteira de prestação de serviços, definição do que e de quem faziam parte dos diferentes recursos, ou de quem garantia as novas formas de trabalho (a atividade no território, a nova articulação dos serviços). Também não houve alterações normativas que afiançassem o modelo público, comunitário, por parte dos governos social-democratas (durante seus muitos anos no poder), e sim, muito rapidamente, a sedução de formas de gestão que abriam as portas para a privatização.

Pelo lado técnico, a urgência em modificar a desastrosa situação assistencial estabeleceu as prioridades na direção da reforma psiquiátrica, deixando-se de lado aspectos fundamentais, entre outros a adesão da Universidade, o que facilitou que ela não fosse implicada, ou se implicasse minimamente, no processo de mudança. Essa falta de visão estratégica explica alguns dos graves problemas que agora encontramos na formação dos profissionais da saúde mental e no predomínio, no mundo acadêmico, de tendências opostas aos princípios da Reforma. Tudo isso num momento em que, embora seja verdade já ter havido importantes avanços no conhecimento, tanto na assistência como na formação e na pesquisa,⁷⁵ como resenhamos em outros textos (Desviat, 2011; Desviat & Moreno, 2012a, 2012b ou 2012c), também é fato que ainda não se desenvolveu suficientemente a construção de um modelo teórico, clínico e assistencial que vá muito além do enunciado biopsicossocial.

E mais: no desenvolvimento dos programas hoje considerados mais eficientes surgem importantes questões conceituais e éticas. Acima de tudo, porém, o maior problema, em termos do que hoje ameaça a continuidade do modelo, é que, ignorando ou não querendo saber que se avançava contra a corrente, não houve uma preparação, um cuidado com o futuro, uma preocupação com a sustentabilidade, e, quando os tempos mudaram, quando o horizonte político tornou-se diferente do Estado de Bem-Estar, quando o capital financeiro internacional aumentou a pressão por ajustes, cortes e privatizações dos serviços sanitários e sociais, quando as mudanças políticas foram adversas ou pouco propícias à saúde pública, a ausência desse desenvolvimento normativo colocou a reforma numa situação muito frágil.⁷⁶

Não podemos ignorar que, na Espanha, a reforma psiquiátrica não foi uma ruptura, e sim uma transição pactuada e cuidadosa com os poderes psiquiátricos provenientes da ditadura, que ocupavam as cátedras e as chefias dos hospitais clínicos. A Reforma Sanitária e, consequentemente, a reforma psiquiátrica espanhola não mudaram as regras do jogo. Daí, em parte, suas deficiências. Daí alguns dos problemas com que hoje nos deparamos, quando já se deu por concluído o processo.

À GUIA DE BALANÇO: A QUESTÃO DA SUSTENTABILIDADE

Seguramente, o processo de reforma na Espanha, tal como se desenhou em fins dos anos 70 do século passado, foi concluído. A questão agora é indagarmos o que restou, até onde se conseguiu implantar o modelo que impulsionou a reforma, e até que ponto o que se alcançou é sustentável. Da organização proposta pelos princípios da reforma, o que foi invalidado durante esse intervalo? Quais dos novos programas se consolidaram na prática assistencial? Trata-se de saber, em suma, quanto foi alcançado pelo modelo comunitário, na teoria e na prática da saúde mental, pois dessa implantação e de sua consistência dependerá, em boa medida, o que poderá ser mantido, quer na Espanha, quer como uma contribuição útil para outras experiências.

E aqui entram em jogo as experiências: a construção do modelo é feita com base nas estratégias estabelecidas pelas autoridades sanitárias de cada país, mas sua concretização, seu desenvolvimento, será marcado por experiências institucionais particulares, mais ou menos globais. Trata-se de experiências que, como vimos ao longo deste livro, agem como vanguardas na criação, na experimentação e no desenvolvimento de novas práticas, de novos conhecimentos (rompendo limites, criando novas regras, ensaiando caminhos). São experiências que representam os valores e a utopia necessária de todo projeto global de mudança, de subversão de uma realidade social conservadora, e cujo êxito depende de se ter podido manter, ainda que contra a corrente, o tempo suficiente para criar novos rumos e demonstrar sua viabilidade, ou confirmar o que eles queriam demonstrar. Por seu caráter de vanguarda, tais experiências, mais visíveis, mostradas durante algum tempo pelo próprio governo como obra sua, são processos muito vulneráveis, sobretudo porque precisam de liberdade, como dela necessita qualquer conhecimento, para encontrar novos sentidos e

desenvolvê-los. Mas é preciso levar em conta que a independência, essencial nas sociedades democráticas em áreas como a saúde ou a universidade, é incômoda para o poder político.

Boa parte das experiências expostas neste livro – que constituíram a cultura da reforma, ou o modelo teórico, organizador e assistencial do movimento anti-institucional e comunitário – já não representa a política de seu país, deixou de ser a vitrine de seus programas.⁷⁷ Sua obra, entretanto, nos fatos e em seus textos, está viva, demonstra a viabilidade de outras formas de entender a saúde mental, constitui o material insubornável que hoje alimenta novos movimentos, os andaimes de outro futuro possível. Andaimes do modelo comunitário que estão presentes nas novas experiências parciais, como a psiquiatria cidadã na cidade de Lille, na França, ou no norte de Londres, ou as que a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem apoiando em cidades do Sri Lanka, da Jordânia, da Índia e das ilhas do Pacífico; e aquelas que supõem uma referência global, como as do Brasil, neste momento, sobre as quais escrevemos em outros textos (Desviat & Moreno, 2012b, 2012c).

Autores brasileiros afirmam a necessidade de uma clínica da resistência (Romagnoli *et al.*, 2009) nestes tempos de alienação biopolítica, de hegemonia neoliberal, em que os valores foram substituídos pela lógica do mercado, na qual, obviamente, não cabe a ética. Uma clínica ampliada que entenda o sujeito em seu contexto, que atue sobre seu mal-estar e, ao mesmo tempo, sobre a alienação social que o provoca ou o potencializa. Sem uma teoria e uma prática capazes de atender ao sofrimento do sujeito enfermo, nenhum discurso, nenhuma política de saúde é crível ou socialmente aceitável. Mas o militante da saúde mental deve saber do limite da técnica face à alienação da vida, de uma forma de vida que promove a perpétua insatisfação do ser humano, que sente falta de sua força de trabalho e seu desejo.

Cuidar da saúde mental é promover técnicas eficazes de prevenção e de atenção, coletiva e individualmente, mas sabendo que, sem uma mudança do referencial social e político que substitua a concorrência pela colaboração e pela solidariedade, os fatores adversos para a saúde, e especialmente para a saúde mental, continuarão a aumentar. Não basta tratar a enfermidade, é necessário combater as causas que a provocam, seguindo a posição defendida pelas correntes renovadoras da saúde pública brasileira – Nova Promoção de Saúde e Em Defesa da Vida –, quando elas afirmam que é preciso trabalhar o *social* como uma categoria histórica, assumindo o conflito como um elemento

inerente à vida em sociedade, e vinculando seu ideário às lutas democráticas e pelos direitos sociais (Carvalho, 2007).

Há posições críticas que, sem terem a implantação profissional e institucional das posturas brasileiras, nem sua ambição de reforma social, têm ocorrido em diferentes lugares, o que mostra mudanças sobretudo na maneira de entender e abordar o tratamento da doença mental. Temos a corrente denominada pós-psiquiatria (Bracken & Thomas, 2001), surgida no Reino Unido em fins da década de 1990, que defende o predomínio de uma dimensão ética e de uma ênfase maior no contexto sociocultural e político, na prática da saúde mental (Thomashoff & Carbonell, 2001; Bracken & Thomas, 2001, 2005). Esses autores criaram um *site* denominado Critical Psychiatry Network (<www.criticalpsychiatry.co.uk>), para o qual convergem artigos que buscam uma renovação da teoria e da prática na saúde mental (Bracken & Thomas, 2005). Entre suas críticas encontram-se a que eles fazem à medicalização da sociedade, com a criação de supostas doenças para consumo, como a vigorexia ou a Síndrome de Irritabilidade Masculina (SIM), ou à medicalização do envelhecimento.

Em termos mais radicais, Matusevich e Pieczanski declaram que o objetivo da pós-psiquiatria é procurar *mandar pelos ares* a discussão das velhas ideias que são repetidamente recicladas para que nada se modifique (Matusevich & Pieczanski, 2012). Embora considerando o conjunto de contribuições dessa corrente crítica, podemos dizer que ela se distancia da antipsiquiatria, na medida em que não busca substituir as técnicas médicas da psiquiatria por novas terapias ou novos caminhos para a libertação. Como assinala Alberto Ortiz (Ortiz Lobo, 2013), trata-se de uma intenção de democratizar o entorno da saúde mental, inaugurando serviços e envolvendo novos usuários para estabelecer um debate técnico, social e político; e de encontrar, junto com esses usuários, novas formas de agir em saúde mental, tudo isso fundamentado nos valores do *primum non nocere*, da ética acima da tecnologia, da aproximação complexa e hermenêutica do biomédico-causal, e da busca permanente da coerção mínima (Bracken *et al.*, 2012).

Há também, a partir das margens da assistência psiquiátrica, correntes de pacientes e ex-pacientes,⁷⁸ na ideia de uma “ajuda por iguais” (Ibáñez, 2013), que criam refúgios nos quais se pretende uma atenção não coercitiva, baseada no apoio mútuo⁷⁹ ou em redes de apoio como o Movimento Ouvindo Vozes (Rome & Escher, 2005). Vozes que se incorporam às que começam a se fazer ouvir nos foros e movimentos de contestação que estão surgindo em todo o mundo: em

defesa do meio ambiente (ante a ingente degradação dos ecossistemas terrestres), diante das iniquidades de gênero (frequentemente englobadas em desigualdades mais gerais, o que, até recentemente, tornava-as pouco visíveis),⁸⁰ da pobreza, da miséria urbana, da xenofobia, das guerras, da intolerância religiosa, do déficit democrático etc. Vozes que vão criando núcleos de resistência face à exploração e à colonização de todos os âmbitos da vida, no capitalismo atual, e à delegação da ação política a uns poucos. Pois a questão é o que fazer ante o modelo de sociedade atual, que se pretende imutável; habilitar o público significa uma revolução a partir dos alicerces da sociedade, novas formas de governo e representação em que as vozes dos governados intervenham. Já não se trata de restaurar o Estado de Bem-Estar, mas de instaurar a Sociedade do Bem-Estar.

NOTAS

¹ Em sua acepção de tratamento. (N.T.)

² Há um livro de Michel Foucault sobre este tema (Foucault, 2013).

³ Na Espanha do século XIX, houve importantes tentativas de secularizar a doença e a pobreza, e de promover uma assunção progressiva de sua assistência pelos poderes públicos. À guisa de testemunho, o ideário assistencial revolucionário viria a ser acolhido na simbólica Constituição das Cortes de Cádiz, promulgada em 19 de março de 1812, que dizia, em seu artigo 6º: “A caridade nos obriga a prestar aos desvalidos a proteção que desejaríamos ter, se estivéssemos em seu lugar.” E, na prática, com efeitos normativos, foi incorporado em um Decreto Real que estabeleceu, em 1821, o marco jurídico das novas instituições asilares, que dispôs sobre a criação de casas públicas destinadas a “recolher e tratar loucos de todos os tipos”, e que iria adotar princípios pinelianos de tratamento moral, ao expressar que ficavam proibidos “o confinamento contínuo, a rudeza no trato, as pancadas, os grilhões e as correntes”. Seriam estabelecimentos específicos, decididamente, para o tratamento de doentes mentais – como já fora feito pela Convenção francesa –, surgidos como instituições públicas (houve um grande debate sobre a construção de um manicômio modelo, o de Leganés) sob o amparo da Lei de Beneficência de 1822, e no contexto da relativa perda da primazia eclesiástica na gestão da doença.

⁴ As críticas surgiram, desde o primeiro momento, no próprio processo da psiquiatria. Ver Desviat (1990b).

⁵ Tosquelles, exilado antifranquista da guerra civil espanhola, ingressou como enfermeiro no hospital psiquiátrico de Saint-Alban, no maciço central da França, e, depois de aprovado nos exames dos cursos de medicina, chegou a dirigi-lo.

⁶ Sobre a obra de Édouard Toulouse, ver Huertas (1989).

⁷ Conclusões do *Livro Branco da Psiquiatria Francesa* (Vários autores, 1967). O livro foi redigido por um grupo de psiquiatras que testemunharam uma psiquiatria engajada, decididamente voltada para a atividade de prevenção e de ensino.

⁸ Os signatários foram Bernard, G. (Mayenne), Rivière, P. (Paris), Cullard, P. (Estrasburgo), Leclerc, M. (Nantes), Corbin, J. F. (Nantes), Grssay, P. (Nantes), Ayme, J. (Paris), Descombey, J. P. (Paris), Larome (Dijon), Séjourné (Paris) e Ruffez (Tours).

⁹ Em 1934, foi publicado na Inglaterra um livro (ver Semasko, 1934) que expunha as bases teóricas do Serviço de Saúde posto em funcionamento na União Soviética após a revolução de outubro. No livro, escrito pelo próprio Comissário de Saúde do Povo, encontrava-se o que viriam a ser os pressupostos dos Serviços Nacionais de Saúde.

¹⁰ Ver Coletivo Pacientes Socialistas da Universidade Heidelberg (1972).

¹¹ Basaglia chegou a Trieste após uma breve experiência em Parma e uma estada em Nova York (para onde fora em 1970 como professor visitante dos Community Mental Health Centers), local em que, segundo Rotelli, “amadureceu sua concepção de reforma, considerando a impossibilidade de uma mera reorganização, fosse ela técnica, administrativa, humanizadora ou simplesmente política, da instituição psiquiátrica” (Basaglia, 1982; Rotelli, 1992).

¹² As demais características assinaladas por Chomsky foram: a intervenção maciça do Estado na economia, por meio do sistema militar; um projeto para impor a subvenção obrigatória da indústria de alta tecnologia; e uma política externa mais atuante, em razão do aumento do terrorismo, da subversão e da agressão internacional.

¹³ É interessante a revisão efetuada por Fernández Liria e García Bernardo (1985a, 1985b) em dois artigos publicados na *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*.

¹⁴ Nos GCD, a cada diagnóstico corresponde uma quantia que figura de antemão em algumas tabelas. Há outras duas formas de pagamento prospectivo nos EUA: a das Health Maintenance Organizations (HMO) [Organizações de Manutenção da Saúde], equivalente aos salários, e a das Preferred Provider Organizations (PPO) [Organizações de Prestadores Preferenciais de Serviços], que utilizam hospitais e médicos independentes para fixar preços com descontos.

¹⁵ As dificuldades para universalizar a assistência sanitária nos EUA ficaram manifestas durante o presente governo de Obama. Sendo uma das propostas centrais em seu programa eleitoral, está se deparando com a dura resistência dos *lobbies* farmacêuticos e das empresas de seguro-saúde, que primeiramente têm conseguido desvalorizá-la consideravelmente, e que na atualidade, com a maioria republicana no Congresso e a influência do radicalismo ultraliberal do Tea Party, está seriamente em perigo.

¹⁶ O *Retreat* (refúgio) foi fundado por William Tuke em York, na Inglaterra, a princípio para alojar trinta pacientes, em 1796. Tuke inspirou-se no senso comum, como diz Rosen (1974), e no cristianismo – ele pertencia aos quacres (*quakers*, em inglês). Tratava-se de criar um *ambiente familiar* para os pacientes. A comida saudável, os exercícios e a ocupação substituíram os grilhões e a fome.

¹⁷ Segundo Clément e Oullet (1992), do Centre de Recherches sur les Services Communautaires de Montreal, o sistema de saúde e serviços sociais de Quebec, fez das ideias de risco e de população de risco o princípio organizador de suas ações, constituindo o objeto das principais propostas do Comitê Brunet (Comitê de análise sobre os serviços dispensados pelos CLSC, de 1987) e da Comissão Rochon (Comissão de investigação sobre os serviços de saúde e serviços sociais, 1988).

¹⁸ Amsterdã é uma cidade relativamente pequena, que na década de 90 contava com aproximadamente 650 mil habitantes, mas tem características de grande metrópole: ampla vida social e cultural, negócios internacionais, população em trânsito e um índice relativamente grande de minorias étnicas (sobretudo provenientes das colônias holandesas). Estas constituem um setor marginal de onde, na década de 90, provinha uma elevada porcentagem da população consumidora de drogas pesadas na Holanda – em torno de vinte mil pessoas, das quais sete mil moravam na capital.

¹⁹ Segundo informações colhidas numa visita realizada em 1988, aproximadamente 3.500 toxicômanos, no ano anterior, receberam metade do serviço municipal de saúde. Afora os programas com esse medicamento, aproximadamente duzentos dos quatrocentos clínicos gerais da cidade de Amsterdã a prescreveram para cerca de 1.500 pacientes.

²⁰ O governo holandês promulgou a denominada Lei do Ópio, que define as drogas de risco inaceitáveis e as de risco menor. Na prática, significa que as drogas leves, como o haxixe e a maconha, podem ser utilizadas sem empecilhos excessivos. Isso permitiu a separação entre os circuitos de drogas pesadas e de drogas leves. Acredita-se que, graças a essa delimitação, os jovens consumidores de drogas leves corriam um risco menor de também começar a consumir drogas pesadas.

²¹ Segundo o *The New York Times* de 29 de novembro de 1987, no terceiro relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, assinalou-se que alguns habitantes dos Estados Unidos (entre outros, os habitantes do Harlem, em Nova York), na época o sexto país no *ranking* mundial dos desenvolvidos, têm uma esperança de vida menor que a dos de Bangladesh.

²² Projeto Emergencial de Coordenação dos Sem-Teto.

²³ Há uma literatura abundante nesse sentido, como assinalado numa revisão. Ver Desviat (1987).

²⁴ É preciso nitidamente aceitar que a permanência das formas asilares não se reduz à existência de hospitais psiquiátricos, mas inclui também as grandes salas dos hospitais gerais. É difícil considerar como não manicomiais as unidades providas de 90 ou 150 leitos situadas em hospitais gerais, como acontece em alguns centros.

²⁵ Na definição de delírio feita por Esquirol não há nenhuma previsão prognóstica. O isolamento, em Pinel e Esquirol, é temporário. É um afastamento provisório das causas *morais*, das tensões cotidianas que provocam a loucura. Um resguardo temporário, enquanto o paciente é ensinado a enfrentar suas dificuldades, muito

embora Pinel, ao se referir ao tratamento, tenha frisado sua confiança “sempre que o paciente é acolhido em tempo hábil, antes que a alienação fique velha ou seja erroneamente tratada”, com disse em seu tratado (Pinel, 1801).

²⁶ Substituiu-se a palavra *charnegos*, tradução do *bougnoules** do texto original, sem dúvida condicionada pelo hábitat catalão dos tradutores, por *imigrantes sem recursos*. [*No francês, esse termo coloquial e pejorativo é uma injúria racista que vem do nome dado pelos brancos do Senegal aos negros autóctones, ou pelos europeus da África do Norte aos norte-africanos. (N.T.)]

²⁷ Transtornos mínimos que Zagury e Chazaud (1986) denominam de Smig – *Symptôme Minimal Intrapyschique Garanti* [Sintoma Mínimo Intrapsíquico Garantido].

²⁸ O Community Support System (CCS) [Sistema de Apoio Comunitário] foi projetado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental [em inglês: National Institute of Mental Health – NIMH] em colaboração com profissionais e entidades civis: famílias, consumidores, pesquisadores, advogados. O conceito fora descrito por Turner em 1977 e revisto por esse mesmo autor e pelo NIMH em 1980, bem como por Stroul em 1984 e 1988. Ver Stroul (1989).

²⁹ Na Comunidade Europeia, ela chegava a 1.400 dólares, quase o dobro. Ainda na CE, o gasto com saúde em 1991 alcançou 6,2% do PIB.

³⁰ Estudo do Ministério da Saúde e Consumo da Espanha comprovou um aumento da prevalência dos consumidores de bebidas alcoólicas, em detrimento dos usuários “abusivos, rebaixando-se a idade de início do consumo: 67,4% dos maiores de 16 anos são bebedores habituais e 10,2% são ex-bebedores” (Gil López *et al.*, 1992).

³¹ Ver Mas, Desviat e Cabrera (1993).

³² Existem outras publicações referentes ao registro dessa zona. Ver, por exemplo, as do Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, instituição que engloba a rede de serviços criada no projeto de reforma do hospital psiquiátrico de Leganés. Disponível em: <www.atopos.es/images/biblioteca/otros/De%20locos%20a%20enfermosEdicinAtopos.pdf>.

³³ Na organização brasileira, Comunidades Autônomas (CCAA) equivalem ao Estado federativo. (N. T.)

³⁴ O anteprojeto do decreto, redigido por Lafora, Escalas Real e Sacristán, foi aprovado pela assembleia conjunta da Asociación Española de Neuropsiquiatras e da Liga Española de Higiene Mental, realizada em Sevilha em 1929, tendo depois sido paralisado pelo governo monárquico. Ver Desviat e Mas (1987).

³⁵ Germain (1983) narrou o imenso trabalho de disseminação da saúde mental realizado pela Liga entre médicos, pedagogos e a população em geral, bem como a participação no Movimento Internacional de Higiene Mental. No primeiro congresso da Liga Mundial, realizado em Washington, estiveram presentes Germain, então secretário da Liga, além de Sacristán e Rodríguez Arias.

³⁶ Comelles (1988) fala de quinhentos médicos exilados, setenta deles catedráticos. Entre os psiquiatras, houve Mira y López, que foi para a Argentina e o Brasil, onde morreu em 1962. Quanto a Lafora, permaneceu no México até fins dos anos 40, quando pôde retornar para um exílio interno. E Tosquelles, que passou de um campo de concentração na França para o manicômio de Saint-Alban, celebrizando-o ao assentar nele as bases da psicoterapia institucional. Os que ficaram sofreram expurgos ou foram afastados, como Fuster, Valenciano e Sacristán – este último um dos mais brilhantes psiquiatras da época, que se viu obrigado a ganhar a vida fazendo traduções do alemão –, além de Lopis, Villamil e Germain, entre outros.

³⁷ Até bem depois de instaurada a democracia, as cátedras foram baluartes distanciados da assistência e imobilistas em termos do saber, sensíveis apenas a certa *pesquisa farmacológica* e a suas clínicas particulares. Qualquer intenção de romper o cerco era inútil, senão veja-se o veto a Castilla del Pino ou o silêncio sobre Martín-Santos. Para mais detalhes, ver Desviat (1980).

³⁸ Houve uma mudança de nome após a guerra civil, substituindo-se o termo neuropsiquiatras por neuropsiquiatria.

³⁹ Em 1991 existia um hospital psiquiátrico com 1.008 leitos – o Hospital Psiquiátrico San José, de Ciempozuelos –, embora boa parte das internações fosse decorrente de retardos mentais e demências. Em 1982, a Câmara de Deputados de Madri cancelou o convênio que convertia esse centro e outras de mesma natureza em um armazém de reserva dos serviços públicos.

⁴⁰ Em 1950, o Convênio Europeu para proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais proclamou, em seu artigo 5, que toda pessoa tem direito à liberdade e à segurança. Ninguém pode ser privado de sua liberdade, incluindo-se nisso as internações psiquiátricas como uma forma de privação da liberdade que tem que ser imposta com proteção jurídica, em conformidade com o direito.

⁴¹ Código Civil espanhol (1983), Art. 211: “A internação do suposto incapaz requererá autorização judicial prévia, a menos que, por razões de urgência, faça-se necessária a adoção imediata dessa medida, da qual se informará o juiz, na totalidade dos casos, dentro do prazo de 24 horas. Depois de examinar a pessoa ou ouvir o parecer de um médico por ele designado, o juiz concederá ou negará a autorização e dará conhecimento dos fatos ao Ministério Público, para os efeitos previstos no artigo 203.” Modificado pela Lei Orgânica 1/1996, de proteção jurídica do menor – que exigia também uma autorização judicial para os menores de idade, não sendo suficiente a autorização dos pais, e da Lei do Código Civil Art. 763 LEC (2000), que substitui a competência do juiz pela do Tribunal.

⁴² No entanto, não existe na Espanha um registro psiquiátrico central em que se possa confiar. O documento mais completo, o único de âmbito estatal, é o Relatório da Defensoria Pública. À época em que este livro foi escrito, a Associação Espanhola de Neuropsiquiatria estava elaborando um *Livro Branco* sobre o atendimento de saúde mental na Espanha.

⁴³ Madri tinha que resolver o problema de dois hospitais gerais com um número de leitos tão elevado que podiam ser considerados manicômiais: o Hospital Gregorio Marañón, com 150, e o Hospital Clínico San Carlos, com noventa. Também precisava terminar de desinstitucionalizar o Hospital Psiquiátrico de Madrid, além de promover a fusão em um complexo hospitalar.

⁴⁴ Em alguns casos, como em Valência, essas instituições praticamente não chegaram a funcionar. A primeira de todas, a de Madri, durou dois anos.

⁴⁵ O ressurgimento econômico prometido com essas medidas ultraliberais não chegou à imensa maioria dos cidadãos. Os salários reais e o nível de vida continuaram caindo.

⁴⁶ Pode-se consultar os desdobramentos desta experiência em *De Locos a Enfermos: de la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria* (Desviat, 2007). E também no artigo “Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés”, escrito por Ana Moreno, Desviat e outros (Moreno *et al.*, 2008). E ainda, no artigo de Chicharro Lezcano (2007), “Psiquiatría comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés”.

⁴⁷ O projeto se configurou, em uma primeira fase, com a criação de estruturas e programas e a desinstitucionalização no prazo de cinco anos. E culminou, se situarmos seu fim no fechamento do manicômio, em dezembro de 1991, um ano depois do prazo previsto.

⁴⁸ A princípio, isso custou um esforço importante, em especial nos serviços administrativos do hospital. Estes, acostumados a um contexto de pluralidade de administrações no qual era muito desenvolvido o chauvinismo de cada entidade – sobretudo quando todas as administrações dividiam seus serviços, em termos orçamentários e assistenciais, em hospitalares e ambulatoriais –, não conseguiam entender uma integração funcional que quase se assemelhava a uma mania impraticável de uma nova diretoria que, na época, esbarrava continuamente nas normas em vigor (a área da saúde não passava do objetivo de uma lei de saúde bem intencionada e mal desenvolvida). Depois, consolidados a integração e o organograma da área desses serviços, foi difícil entender que algum dia se possa ter trabalhado de outra maneira.

⁴⁹ Nos serviços de saúde mental de Fuenlabrada utilizou-se um barracão pré-fabricado cedido pelo Mopu, instalado em um parque e pintado de verde, após um acordo com o município e a associação de moradores local. Em geral, em um primeiro momento, as instalações dos centros de saúde mental eram precárias, e seu quadro de pessoal era o que já existia no início da reforma, com a integração de recursos. Dois anos se passaram até que se obtivesse um orçamento suficiente para aumentar o quadro e dar início às obras que substituíram esses centros iniciais.

⁵⁰ A unidade situava-se em um edifício onde foram habilitados quarenta leitos, próximo ao que viria a ser o futuro Hospital Geral de Leganés, onde se situaria em 2005 uma unidade psiquiátrica com 18 leitos (também nesse ano se abriria outra unidade psiquiátrica no Hospital Geral de Fuenlabrada, com 16 leitos). Essas unidades dependiam da rede de serviços do Instituto Psiquiátrico SSM José Germain.

⁵¹ Era um sistema no qual o médico recebia por número de famílias sob sua responsabilidade. Precário, reduzia-se a apenas duas horas diárias em que o médico atendia, em média, entre trinta e quarenta pacientes. (N.T.)

⁵² No primeiro ano da reforma, a unidade de reabilitação surgiu de uma delimitação dos pacientes internados nos antigos serviços de homens e mulheres, configurada em duas unidades mistas: reabilitação e internação prolongada. Posteriormente, passou para um prédio independente, próximo do centro-dia, do hospital-dia e do centro de saúde mental de Leganés.

⁵³ É provável que isso tenha sido o que mais convenceu a população de que o manicômio havia desaparecido. Quando se escutava as pessoas dizerem “vou ao pediatra no manicômio”, já não restava dúvida sobre a desarticulação do manicômio, cuja propriedade estava aberta, uma vez derrubados os seus muros, à espera de um projeto de reforma do centro de Leganés. Depois ainda persistiram alguns serviços municipais: uma oficina-escola, a diretoria e a docência, além de alguns recursos adicionais de saúde mental.

⁵⁴ Diante dos protestos de alguns médicos, que alegaram que essa era uma terapia ocupacional necessária, aceitou-se que o trabalho fosse executado todas as vezes que fosse prescrito de forma justificada na folha de recomendações médicas. Evidentemente, ninguém se atreveu a prescrever tais atividades.

⁵⁵ Tipos de internação entre 1986 e 1992: 69,59% de internações voluntárias, 30,21% de internações involuntárias e 0,20% de internações judiciais.

⁵⁶ A diferenciação entre dois espaços completamente independentes permite adequar as atuações e as técnicas às diferentes características ou momentos dos processos patológicos dos pacientes. Assim, enquanto no centro-dia se utilizam técnicas fundamentalmente cognitivo-comportamentais, psicoeducacionais, no hospital-dia o funcionamento se dá por meio de terapias *mais clínicas* (grupos, psicoterapias) e de *comunidade terapêutica*. Ele ficava aberto de segunda a sexta-feira, entre 9 e 17 horas. Assinala-se isso por haver constatado com surpresa que, com certa frequência, programas que se diziam de hospital-dia funcionavam por apenas algumas horas em determinados dias da semana, o que obviamente difere de um programa de hospitalização-dia, seja qual for sua qualidade. O hospital contava com trinta vagas, possibilitando cobertura às três áreas de referência (à época, a aproximadamente um milhão de habitantes).

⁵⁷ A resistência foi feita com o dinheiro que o governo havia destinado à reforma do Hospital de Leganés, já muito deteriorado – a princípio, a ideia da Administração Institucional Sanidad Nacional (Aisn), antes de transferir o centro para a Comunidade, era fazer um novo manicômio, do qual havia dois projetos. Pretendeu-se que ela cumprisse os requisitos mais avançados para esse tipo de construção: no andar térreo, a entrada e as salas de estar (com grandes janelões para aqueles que não podiam sair); no andar superior, quartos duplos com banheiro completo e varanda. As regras eram as de qualquer residência. Permitia-se a moradia de casais.

⁵⁸ Pretendia-se que houvesse coexistência de programas de reabilitação de orientação cognitiva, providos de técnicas psicoeducacionais, com uma prática clínica em que predominavam outras escolas (psicanalíticas, sistêmicas etc.), considerando que todos os pacientes inscritos na reabilitação conservavam seus terapeutas do centro da saúde. Na verdade, acredita-se que esses dois cenários existiam desde as origens da psiquiatria, desde o alienismo e o tratamento moral. É preciso adquirir ou recuperar certas habilidades do mesmo modo que é preciso agir sobre o conflito intrapsíquico, porém trata-se de dois registros técnicos diferentes, apesar de complementares.

⁵⁹ O autor emprega aqui a expressão *objeto de consciência*, que descreve aqueles que, em respeito a princípios morais, políticos ou religiosos, recusam-se a prestar o serviço militar e a se engajar em atividades de guerra.

⁶⁰ O Hospital de Dementes Santa Isabel é um velho manicômio inaugurado como instituição modelar em 1851, por Isabel II, onde no início eram internados, em seus imensos salões-dormitórios, pacientes beneficentes de toda a Espanha e onde, ainda em 1985, mais de 250 pessoas sem outra patologia que não o abandono, a pobreza, a velhice ou a falta de instrução, levavam vinte, trinta ou sessenta anos encerradas.

⁶¹ Nome pelo qual é designado, mediante a concordância do Conselho Governamental da Comunidade de Madri, o conjunto de serviços criados pelo Projeto de Reforma. Significou uma inovação que procura manter unido um orçamento tradicionalmente dividido entre estruturas hospitalares, ambulatoriais e de reabilitação. Assinado pelo então presidente da Comunidade de Madri, sr. Joaquín Leguina, eis o teor da concordância: “A culminância de um processo de criação de estruturas e programas de saúde para a área 9 do sul metropolitano da Comunidade de Madri faz com que os serviços prestados pelo atual Hospital Psiquiátrico de Leganés tenham-se convertido em uma rede de unidades ambulatoriais, hospitalares e de reabilitação que dão cobertura ao espaço territorial citado, razão porque, não correspondendo a denominação atual ao desenvolvimento dos serviços executados, julgou-se oportuno, em virtude disso, atender à solicitação formulada pelo diretor do próprio centro hospitalar. Por tudo isso, e numa homenagem àquele que foi um dos principais protagonistas das correntes reformadoras da psiquiatria e da psicologia espanholas, estreitamente vinculado ao desenvolvimento da saúde pública, e por proposta do excelentíssimo senhor Conselheiro de Saúde, o Conselho de Governo, em sua reunião celebrada em 17 de maio de 1991, [resolveu conferir-lhe o nome de Instituto Psiquiátrico Serviços de Saúde Mental José Germain]”.

⁶² Os países industrializados absorviam poupança em larga escala, impedindo a formação de capital na América Latina e no Caribe. “Durante 1987, mais de 28 bilhões de dólares foram transferidos para fora da América Latina e do Caribe e, durante os últimos cinco anos, os fundos perdidos, sobretudo na categoria de pagamento da dívida externa acumulada, chegaram a atingir 130 bilhões de dólares” (Opas, 1989: 5).

⁶³ A inspeção foi feita em 22 hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), mais concretamente em suas unidades de pacientes agudos, dispostas com uma quantidade maior de pacientes por leito que as unidades de internação prolongada (hospitais

públicos estatais ou municipais, contratados particulares, filantrópicos e universitários). Os hospitais foram escolhidos por sorteio, buscando-se uma amostra aleatória (Brasil, 1993a).

⁶⁴ José Manuel Sotelo já foi representante da Opas no México.

⁶⁵ Conhecida como projeto de lei Paulo Delgado, então deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT), a lei n. 10.216 foi sancionada em 6 de abril de 2001.

⁶⁶ Em 1985, foi eleito um governo civil que pôs fim ao regime militar que dirigia o país desde 1964.

⁶⁷ Como assinalado em um estudo realizado por Levav e colaboradores (1989), a OMS definiu, em linhas gerais, as principais causas de morte prematura. Entre outras, apontou as decorrentes do abuso do álcool (acidentes de trânsito, cirrose etc.), os homicídios e os suicídios, sendo esses últimos consequência resultante de dificuldades de relacionamento e de problemas emocionais.

⁶⁸ Em textos produzidos juntamente com sua equipe, composta por Eliane Maria Fleury Seidl, Alfredo Schechtman e Rosane Correia e Silva – “Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil” (Domingos Sávio *et al.*, 1992) e “Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias” (Domingos Sávio *et al.*, 1994).

⁶⁹ A lei federal (abril, 2001), debatida durante 12 anos, foi o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo articulado com portarias ministeriais; nela é prescrita a criação de uma rede de atenção psicossocial em substituição aos hospitais psiquiátricos.

⁷⁰ A conferência nacional foi precedida por 24 conferências estaduais, entre abril e novembro de 1992, tendo contado com a participação de diversos movimentos civis e profissionais. Nela, regulamentou-se a participação dos representantes de cada estado brasileiro no qual, de um total de 27 deles, 24 marcaram presença. Sua composição distribuiu-se da seguinte maneira: organizações de usuários e associações civis: 50%, sendo 20% para os movimentos populares e sindicais, entidades de classe e associações de usuários de serviços de saúde; 15% para os conselhos municipais e estaduais; 15% para as associações, organizações e entidades de usuários de serviços de saúde mental, familiares e pacientes.

⁷¹ Ver *Tratados Hipocráticos* (Hipócrates, 1993).

⁷² Ver Bezerra e Amarante (1992), Vasconcelos (1992), Delgado (1992), Russo e Silva Filho (1993), Amarante (1998).

⁷³ A Iniciativa de Reestruturação Psiquiátrica estabeleceu, desde o princípio, o apoio de especialistas com experiência técnica em transformações psiquiátricas, congregando assessores dos países europeus onde se produziram mudanças consoantes às propostas do programa.

⁷⁴ Ata da reunião do Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental (Corsam), realizada em Brasília durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), nos dias 4 e 5 de dezembro de 1997.

⁷⁵ Quanto à produção teórica ou à reflexão sobre o que se tem feito, surgem publicações e revistas de orientação pública e comunitária: *Revista* (e editorial) *de la Asociación Española de Neuropsiquiatria* (1981); *Psiquiatria Pública* (1988-2001); Editorial Nieva/Dorsa (1988); e mais recentemente *Siso-Saúde* (1984); *Goze/Norte de Salud Mental* (1997); *Frenia* (2001); *Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria* (2001) e *Atopos, Salud Mental, Comunidad y Cultura* (2003). Todas refletem sobre a prática comunitária, recuperando fundamentos psicopatológicos, sociológicos e filosóficos que possam sustentar uma nova concepção da loucura e da prática de saúde mental. No *site* da mencionada revista *Atopos* (<www.atopos.es>) há *links* para tais publicações, sendo possível baixar gratuitamente textos e livros.

⁷⁶ Desde o início da reforma, há um setor dentro do Partido Social-Trabalhista Espanhol [Partido Socialista Obrero Español – PSOE] que se inclina abertamente para uma economia neoliberal, incluindo, entre outros, os ministros da Economia – “essa esquerda neoliberal ou direita autêntica”, no dizer do jornalista López Alba (2013). Prova disso foi o relatório Abril, bem como a aprovação, com a concordância do PSOE, da lei n. 15/1997, que dá instrumentos legais à privatização atual.

⁷⁷ E algumas delas estão em vias de demolição, como é o caso da “experiência de Leganés”, um processo (descrito no capítulo 7) de desinstitucionalização e criação de uma rede alternativa de recursos para um milhão de habitantes, com 23 anos de percurso, cujo desmantelamento, em 2008, representou o início da ofensiva definitiva ao modelo comunitário em Madri (Chicharro, 2008; Moreno *et al.*, 2008).

⁷⁸ Há uma boa revisão dessas correntes no livro *Alternatives Beyond Psychiatry*, organizado por Stastny e Lehmann (2007).

⁷⁹ Como “A Casa de Fuga”, de Berlim; o projeto Windhorse; a Associação Penélope italiana, com a Casa La Cura, na Sicília; a “Cooperativa de la Esperanza” (<<http://cooperanza.org.ar>>), em Buenos Aires; ou a “Burch House”, fundada pelo psicólogo norte-americano David Goldblatt, aluno de Laing.

⁸⁰ É de grande interesse a monografia da Sociedade Espanhola de Saúde Pública e Administração Sanitária sobre gênero e saúde (Artazcoz, García & Fernández Estevez, 2004).

REFERÊNCIAS

ABEL-SMITH, B. Planificación de la salud. In: CONDE, V. *Economía y Salud*. Madrid: Karpos, 1982.

ALBARRACÍN, T. A. Las ciencias médicas en España. In: HUERTAS, R.; ROMERO, A. I. & ÁLVAREZ, R. (Coords.). *Perspectivas Psiquiátricas*. Madrid: CSIC, 1987.

ALTHUSSER, L. *L'Avenir Dure Longtemps*. Paris: Stock, Imec, 1992a.

ALTHUSSER, L. *El Porvenires Largo*. Barcelona: Destino, 1992b.

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ANDERSON, C.; REISS, D. & HOGARTY, G. *Esquizofrenia y Familia*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

ANDREOLI, A.; LALIVE, J. & GARRONE, G. *Crise et Intervention de Crise em Psychiatrie*. Paris: Simep, 1986.

ARTAZCOZ, L.; GARCÍA, M. G. & FERNÁNDEZ ESTEVEZ (Orgs.). Monográfico género y salud. *Gaceta Sanitária*, 18 supl. 2, 2004.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (AEN). *El Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. Madrid: Asociación Espanhola de Neuropsiquiatria, 2007.

AUDISIO, M. La réorganisation de l'Assistance psychiatrique et des organismes de soins. In: *Livre Blanc de la Psychiatrie Française*. Toulouse: Privat, 1965.

AUDISIO, M. *La Psychiatrie de Secteu: une psychiatrie militante pour la santé mentale*. Toulouse: Privat, 1980.

BACHRACH, L. L. *Deinstitutionalization: analytical review and sociological perspective*. Rockville: National Institute of Mental Health, Division of Biometry and Epidemiology, 1976.

BACHRACH, L. L. La qualité des services aux malades mentaux: implications sociales et politiques. Editorial. *Santé Mentale au Québec*, 18(2): 21-23, 1993.

BACHRACH, L. L. L'État des hôpitaux psychiatriques publics aux États Unis en 1996. *Santé Mentale au Québec*, 2(22): 33-52, 1997.

BACKETT, E. M.; DAVIES, A. M. & PETROS-BARVIAZAN, A. El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria: con especial referencia a la salud materno-infantil y la planificación familiar. *OMS Cuadernos de Salud Pública*, 76, 1985.

BASAGLIA, F. *L'Istituzione Negata: informe de un hospital psiquiátrico*. Turim: Einaudi, 1968. [Edição espanhola: *La Institución Negada*. Barcelona: Barral, 1970. Edição em português: *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.]

BASAGLIA, F. Lettera da New York – Il malato artificiale. In: BASAGLIA, F. O. (Org.). *Scritti Basaglia II (1964-1980): del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Turim: Einaudi, 1982.

BASAGLIA, F. Prefácio de *Il Giardino del Gelsi*. Turim: Einaudi, 1979.

BASAGLIA, F. Carta de Nova York – o doente artificial. In: AMARANTE, P. (Org.). *Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEERS, C. *A Mind that Found Itself*. New York: Doubleday, 1908.

BARBIER, D. *Guide de L'Intervention en Santé Mentale*. Toulouse: Privat, 1993.

BERGERON, D. & CANTIN, L. *Les Alternatives en Santé Mentale*. Québec: Amérique, 1984.

BEZERRA, B. J. R. & AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BONNAFÉ, L. De la doctrine post-Esquirolienne. *L'Information Psychiatrique*, 36(4): 423-444 e 559-570, 1960.

BORUS, F. Issues critical to survival of community mental health. *American Journal of Psychiatry*, 135: 1.029-1.034, 1978.

BRACKEN, P. & THOMAS, E. P. Postpsychiatry: a new direction for Mental Health. *British Medical Journal*, 322: 724-727, 2001.

BRACKEN, P. & THOMAS, E. P. *Postpsychiatry, Mental Health in a Postmodern World*. Nova York: Oxford University Press, 2005.

BRACKEN, P. *et al.* Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201: 430-434, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental. “Situação dos hospitais psiquiátricos supervisionados pelo grupo de acompanhamento e avaliação da assistência psiquiátrica hospitalar”. *Informe* (datilografado), Brasília, set. 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria 63/93 de 6 maio de 1993. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Encontro de parlamentares estaduais sobre a legislação psiquiátrica no Brasil. *Relatório final*. Brasília, 8 set. 1993c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS: a trajetória da municipalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BURNS, T. Case management: two nations still divided. *Psychiatric Services*, 8(47): 793, 1996.

CÂMARA MUNICIPAL DE MADRID. *Memoria del Centro de Acogida Municipal San Isidro (Report of the San Isidro Municipal Shelter)*. Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 1989.

CAMUS, A. *Calígula. Obras Completas*. Madrid: Alianza, 1996 (cinco tomos).

CAPLAN, G. *Principios de Psiquiatria Preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1966. [Tradução do original *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books Inc., 1962.]

CAPLAN, G.; MASON, E. A. & KAPLAN, D. M. Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 1(2): 149-161, 1965.

CASTEL, F.; CASTEL, R. & LOVELL, A. *La Société Psychiatrique Avancée: le modèle américain*. Paris: Grasset, 1979.

CASTEL, R. *Les Métamorphoses de la Question Sociale*. Paris: Fayard, 1995.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CEBRIAN, J. L. *La Red*. Madrid: Tauros, 1998.

CHICHARRO LEZCANO, F. Psiquiatria comunitaria en peligro: una historia íntima del ascenso y caída de la reforma de Leganés. *Norte de Salud Mental*, VII (31): 6-10, 2007. Disponível em: <http://antigua.ome-aen.org/norte/31/NORTE_31_020_6-10.pdf>.

CLÉMENT, M. & OULLET, H. Les pratiques sociales au Québec. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 5(1): 11-127, 1992.

COLETIVO PACIENTES SOCIALISTAS DA UNIVERSIDADE HEIDLEBERG. *SPK: Aus der Krankheit eine Waffe Machen*. Munique: Trikont-Verlag, 1972. [Edição francesa: *Faire de la Maladie une Arme*. Paris: Champ Libre, 1973.]

- COLINA, F. Clínica y história. *Psiquiatria Pública*, 4(10): 207-209, 1998.
- CONSELHO EUROPEU (1988). Relatório do Comitê de Especialistas na Promoção de Saúde de Grupos Vulneráveis, 9-11 de maio 1988.
- COOPER, D. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock, 1967. [Edição em castelhano, Buenos Aires: Paidós, 1971.]
- COOPER, D. *The Death of the Family*. London: Penguin Press, 1971. [Versão em castelhano: *La Gramática de la Vida*. Barcelona: Ariel, 1978.]
- COOPER, J. E. Services d'urgences psycho-sociales et psychiatriques. *Rapport sur une étude La santé publique en Europe*. Copenhagen: OMS, Bureau Régional de l'Europe, 1982.
- COMELLES, J. M. *La Razón y la Sinrazón*. Barcelona: PPU, 1988.
- DAB, W. & J.-C. HENRARD. Situación de la salud pública em el sistema de salud francés. In: DUPLESSIS, P. et al. (Orgs.). *Salud Pública y Países Industrializados*. Barcelona, Madrid: Masson, Sespas, 1991.
- DAUMEZON, G. & BONNAFÉ, L. *Documents de L'Information Psychiatrique*. v. 1. Paris: Desclée de Brouwer, 1946.
- DE SALVIA, D. Orígenes, características y evolución de la reforma psiquiátrica italiana. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 6(16): 69-85, 1986.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. *Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España*. Madrid: Publicaciones Defensor del Pueblo, 1992.
- DEIKER, T. How to ensure that money follows the patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 37(3): 256-260, 1986.
- DELL'ACQUA, G. Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de salud mental. *Psiquiatria Pública*, 7(3): 129-142, 1995.
- DELL'ACQUA, G. et al. *Responding to Crisis, for Mental Health*. Trieste: Cooperativa II Posto delle Fragole, 1987.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *L'Anti-Oedipe. Capitalisme et schizophrénie*. Paris: Minuit, 1972. [O Anti-Édipo. Capitalismo e Esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1976.]
- DELGADO, P. G. *As Razões da Tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- DESJARLAIS, R. et al. *Salud Mental en el Mundo*. Washington: Opas, OMS, 1997.
- DESSAUANT, P. La communauté thérapeutique. Prix confrontations psychiatriques 1970. *Suplemento de Confrontations Psychiatriques*, 7, 1971.
- DESVIAT, M. Puntos mínimos para la reforma asistencial psiquiátrica. *Boletim de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 1: 9, 1978.

DESVIAT, M. Las herramientas del cambio psiquiátrico: entre la integración y la ruptura. In: GONZÁLEZ DE CHAVEZ (Org.). *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid: AEN, 1980.

DESVIAT, M. Psiquiatría y política en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2: 110-120, 1981.

DESVIAT, M. Acción de salud mental em la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2(5): 56-64, 1982.

DESVIAT, M. De la assistência médica a la salud pública. Por una atención comunitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (5)15: 427-437, 1985.

DESVIAT, M. La desinstitucionalización psiquiátrica: programas alternativos al hospital psiquiátrico. *Psiquiatría Pública*, 1(2): 58-65, 1987a.

DESVIAT, M. No al manicomio. Las instituciones psiquiátricas pervierten toda reforma. *Anuario de Noticias Médicas*, 1987b.

DESVIAT, M. Los sistemas y modelos de atención a la salud. *Separata de Guía Sanitaria*, 78, nov. 1988.

DESVIAT, M. Los 'homeless', ¿indigentes o locos? *El País*. Madrid, 3 jun. 1989.

DESVIAT, M. *From Pinel to Kraepelin in Spain*. In: STEFANIS, C. N. et al. (Eds.). *Psychiatry: a world perspective*. v. 4. Amsterdam: Elsevier, 1990a.

DESVIAT, M. *Epistemología y Práctica Psiquiátrica*. Madrid: AEN, 1990b.

DESVIAT, M. La reforma del hospital psiquiátrico: del hospital al área de salud. *Psiquiatría Pública*, 4(1): 3-16, 1992.

DESVIAT, M. Las desigualdades em salud. *Psiquiatría Pública*, (5): 6.335-6.336, 1993.

DESVIAT, M. Crisis mundial em la salud mental. In: *La Salud Mental en el Mundo*. Madrid: AEN, 1996. (Cuadernos Técnicos, 1).

DESVIAT, M. *De Locos a Enfermos: de la psiquiatría del manicomio a la salud mental comunitaria*. Leganés: Legacom, 2007. Disponible em: <www.atopos.es/images/biblioteca/otros/De%20locos%20a%20enfermosEdicinAtopos.pdf>.

DESVIAT, M. La reforma psiquiátrica tras 25 años de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85: 427-436, 2011.

DESVIAT, M. & FERNÁNDEZ LIRIA, A. Psiquiatría pública en el área de salud: objetivos y programas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 9(31): 619-631, 1989.

DESVIAT, M. & MAS, J. H. De las empresas de Lafora al asociacionismo psiquiátrico hoy. In: HUERTAS, R.; ROMERO, A. I. & ALVAREZ, R. (Orgs.). *Perspectivas Psiquiátricas*. Madrid: CSIC, 1987. (Colección Nuevas Tendencias, 6).

DESVIAT, M. & MORENO, A. (Orgs.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: AEN, 2012a.

DESVIAT, M. & MORENO, A. Experiencias internacionales de buenas prácticas. In: DESVIAT, M. & MORENO, A. (Orgs.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: AEN, 2012b.

DESVIAT, M. & MORENO, A. Situación mundial. In: DESVIAT, M. & A. MORENO, A. (Orgs.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: AEN, 2012c.

DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. & RENDUELES, G. La nueva cronicidad. In: ESPINOSA, J. (Org.). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: AEN, 1986.

DESVIAT, M.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. & RODRIGUEZ DORADO, L. Los programas de los Servicios de Salud Mental de Leganés. *Psiquiatría Pública*, 1(1): 13-22, 1987.

DIAS BARROS, D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp, 1994.

DINCIN, J. Rehabilitación psiquiátrica. In: MALTZMAN, D. P. (Org.). *Apoyo Comunitario en Salud Mental: una guía para implementar programas comunitarios de salud mental en sociedades en desarrollo*. Montevideo: [s. n.], 1991.

DOMINGOS SÁVIO, N. A. *et al.* Informe sobre el papel de la Coordinación de Salud Mental, maio 1991.

DOMINGOS SÁVIO, N. A. *et al.* Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41(8): 423-426, 1992.

DOMINGOS SÁVIO, N. A. *et al.* Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

DON NUTBEAM. Health promotion glossary – a discussion document. *Health Promotion*, 1(1): 113-127, 1985. [Tradução Andrés Manuel e José Luis Moscoso. Glosario de Promoción de la Salud. *Salud entre Todos*. Espanha: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, 1986.]

DONABEDIAN, A. *La Calidad de la Atención Médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DÖRNER, K. *Ciudadanos y Locos*. Taurus, 1974. [Edição original: *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte un Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Europäische Verlaganstalt, 1969. Edição em castelhano: *Ciudadanos y Locos*. Madrid: Taurus, 1974.]

DORVIL, H. *Histoire de La Folie Dans la Communauté, 1962-1987*. Montreal: Les Éditions Emile-Nelligan, 1988.

DUPLESSIS, P. *et al.* Salud pública y asistencia primaria em Québec (Canadá): el reto de compartir responsabilidades. In: DUPLESSIS, P. (Org.). *Salud Pública y Países Industrializados*. Barcelona, Madrid: Masson, Sespas, 1991a.

DUPLESSIS, P. *et al.* (Orgs.). *Salud Pública y Países Industrializados*. Barcelona: Masson, Sespas, 1991b.

EGRI, G. La rehabilitación en salud mental con base en la comunidad. In: LEVAV, I. (Org.). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Washington: Opas, OMS, 1992.

ELOLA SOMOZA, F. J. La evaluación de la reforma sanitaria, una base necesaria para reformas futuras. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65(4): 287-295, 1991.

ESCOHOTADO, A. *El Espíritu de la Comedia*. Barcelona: Anagrama, 1991.

ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores para la vigilancia y evaluación de los progresos realizados para conseguir la salud para todos en el año 2000. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 1.734-1.735, 1986.

ESQUIROL, J. E. *Des Maladies Mentales* [1838]. Paris: Frénésie Éditions, 1989. [Tradução para o castelhano: *Memorias de la Locura*. Madrid: Dorsa, 1991.]

ESTERSON, A. *The Leaves of Spring*. London: Tavistock, 1970.

ETXEBARRIA, I. Evolución y situación actual de la nueva psiquiatría en Italia. Conversación con Giovanni Jervis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(18): 463-467, 1986.

FANON, F. (Prefácio de Sartre). *Les Damnés de la Terre*. Paris: François Maspero, 1961. [Tradução em castelhano: *Los Condenados de la Tierra*. México: FCE, 1963.]

FERNÁNDEZ LIRIA, A. *Los Jóvenes Nuevos Crónicos*, 1992. Tese de Doutorado, Madri: Universidade Autônoma de Madri.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. A la nueva desmedicalización de la psiquiatría. *Psiquiatría Pública*, 2(10): 81-82, 1998.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. & DIEGUEZ PORRES, M. La reforma psiquiátrica en España: aspectos diferenciales. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2): 86-101, 1998.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. & GARCÍA BERNARDO, E. Crisis económica, políticas de respuesta y atención a la Salud Mental en USA (I): la atención a la salud en USA ante la crisis económica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(14): 280-292, 1985a.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. & GARCÍA BERNARDO, E. Crisis Económica, políticas de respuesta y atención a la salud mental en USA (II): la atención a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5(15): 453-464, 1985b.

FERNÁNDEZ LIRIA, A. *et al.* Estancia media y numero de reingresos: evaluación de la eficacia de dos modelos de intervención en hospitalización breve. *Psiquiatría Pública*, 1(2): 66-73, 1987.

FERREIRO, C. E. *Longa Noite de Pedra*. Madrid: El Barbo, 1962.

FLÜGEL, J. C. *A Hundred Years of Psychology, 1833-1933*. London: Duckworth, 1948.

FOUCAULT, M. *Eu, Pierre Rivière, que Degolei minha Mãe, Minha Irmã e Meu Irmão...* Trad. Denise Lezan de Almeida. São Paulo: Paz e Terra, 2013. [Edição original: *Moi, Pierre Rivière, ayant Égorgé ma Mère, ma Soeur et mom Frère*. Paris: Gallimard, 1973.]

FREEDMAN, A. M. Programa de salud mental en Estados Unidos de América. *Psiquiatría Pública*, 3(1): 47-56, 1991.

FREEMAN, H. L.; FRYERS, T. & HENDERSON, J. M. *Mental Health Services in Europe: 10 years on*. Copenhagen: OMS-EURO, 1986. (Public Health in Europe, 25).

FREUD, S. *La Technique Psychanalytique*. Paris: PUF, 1953. [Linhas de progresso na terapia psicanalítica (1918). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v.17].

GAGLIONE, J. M. Une étude évaluative de la qualité de vie des malades mentaux chroniques. *L'Information Psychiatrique*, 67(6): 565-567, 1991.

GENTIS, R. *Les Murs de l'Asile*. Paris: François Maspero, 1971. [Tradução para o castelhano: *La Tapia del Manicomio*. Barcelona: Laia, 1972.]

GERMAIN, J. Entrevista. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(7): 41, 1983.

GIL LÓPEZ, E. *et al.* *Estudio de los Estilos de Vida de la Población Adulta Española*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.

GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Doubleday & Company, 1961.

GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.

GOLBERG, D. & HUXLEY, P. *Enfermedad Mental en la Comunidad*. Madrid: Nieva, 1990.

GONZALEZ UZCÁTEGUI, R. Salud mental en la comunidad en América Latina. Ejemplo de programas. In: LEVAV, I. (Org.). *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Washington: Opas, 1992.

GONZALEZ UZCÁTEGUI, R. & LEVAV, I. (Orgs.). *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington: Opas, OMS, 1991. (Colaboração com o Instituto Mario Negri, de Milão, Itália).

GORZ, A. & ROBIN, J. Forjar outro porvenir. *El País*. Madrid, 15 out. 1996.

GOVERNO DE QUEBEC. Ministério da Saúde e Serviços Humanos. *Pour Améliorer la Santé et le Bien-Être au Québec. Orientations*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1989.

GOVERNO DE QUEBEC. Ministério da Saúde e Serviços Humanos. *Une Réforme Axée sur le Citoyen*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1990.

HANSSON, L. *et al.* The nordic comparative study on sectorized psychiatry: I. Treated point prevalence and characteristics of the psychiatric services. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1): 41-47, 1995.

HENDERSON, J. Editorial. La santé mental en Europe. *Bulletin du CREF MSM*, 12, 1996.

HILL, D. *Psychiatry in Medicine: retrospecto and prospect*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1969.

HIPÓCRATES. *Tratados Hipocráticos*. v. I. Madrid: Gredos, 1983. (Biblioteca Clásica Gredos, 63).

HOCHMANN, J. *Pour une Psychiatrie Communautaire: bases pour une psychiatrie des ensembles*. Paris: Seuil, 1971.

HUERTAS, R. Édouard Toulouse y el servicio psiquiátrico de “puertas abiertas”. *Asclepio*, 41(1): 261-280, 1989.

IACOPONI, E.; RAMOS LARANJEIRA, R. & JESUS MARI, J. Brazil: a giant wakes up to progress and inequality. In: APPLEBY, L. & ARAYA, R. (Eds.). *Mental Health Services in the Global Village*. London: Royal College of Psychiatrists, 1991.

IBÁÑEZ, V. Alternativas y modelos asistenciales desmedicalizadores. In: ORTIZ LOBO, A. (Org.). *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Madrid: G5, 2013.

JERVIS, G. *El Buen Reeducador*. Barcelona: Grijalbo, 1979. [Edição italiana pela Feltrinelli, 1978.]

JONES, M. *Psychopathology: a source book*. Cambridge: Harvard University Press, 1958. [Edição espanhola: El concepto de comunidad terapéutica. In: *Comunidad, Psicología y Psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Jorge Alvarez, 1968.]

JORDA MOSCARDO, E.; ESPINOSA, J. & GOMEZ BENEYTO, M. Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales españoles. In: ESPINOSA, J. (Org.). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: AEN, 1986.

JUNGER, E. *La Emboscadura*. Barcelona: Tusquets, 1988.

KENNEDY, J. F. Mensagem do presidente dos EUA relativa à doença mental e retardamento mental. Pronunciamento feito no Congresso Nacional dos Estados Unidos da América, 5 fev. 1963.

KIRK, S. A. & TERRIEN, M. E. Community Mental Health Myths and the fate of the former hospitalized patients. *Psychiatry*, 38: 209-217, 1975.

LACAN, J. Psychanalyse et médecine. *Lettres de l'É.F.P.* In: CLAVREUL, J. *El Orden Médico*. Barcelona: Argot, 1978.

LAÍN ENTRALGO, P. *Gregorio Marañón*. Madrid: [s. n.], 1969.

LAING, R. D. *The Divided Self: an existencial study in sanity and madness*. Harmondsworth: Penguins Books, 1960. [Tradução em castelhano: *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: FCE, 1964. [O Eu Dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura. Trad. Áurea Brito. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975].

LAING, R. D. *The Politics of Experience and Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin Books, 1967. [Versão em castelhano: *Experiencia y Alienación en la Vida Cotidiana*. Buenos Aires: Paidós, 1971. *A Política da Experiência e a Ave do Paraíso*. Petrópolis: Vozes, 1976].

LAING, R. D. *The Politics of the Family and Other Essays*. London: Tavistock, 1969. [Versão em castelhano: *El Cuestionamiento de la Familia*. Buenos Aires: Paidós, 1971.]

LAMB, H. R. Roots neglect of the long-term mentally ill. *Psychiatry*, 42: 201-207, 1979.

LAMB, H. R. What did we really expect from deinstitutionalization? *Hospital & Community Psychiatry*, 32: 105-109, 1981.

LAMB, H. R. Young adult chronic patients: the new drifters. *Hospital & Community Psychiatry*, 33: 464-468, 1982.

LANGSLEY, D. G. The Community Mental Health Center: does it treat patients? *Hospital & Community Psychiatry*, 31: 815-819, 1980.

LANTÉRI-LAURA, G. La chronicité dans la psychiatrie française moderne. *Annales*, 27(3): 549, 568, 1972.

LE GRAND, M. *La Psychiatrie Alternative Italienne*. Toulouse: Privat, 1988.

LEHMAN, A. F.; SLAUGHTER, J. G. & MYERS, C. P. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly*, 62(1): 35-49, 1991.

LEVAV, I.; RESTREPO, H. & GUERRA DE MACEDO, H. The restructuring of psychiatric care in Latin America. A new policy for mental health services. *Journal of Public Health Policy*, 15 (1): 71-85, 1994.

LEVAV *et al.* La salud mental pra todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107(3): 196-219, 1989.

LIBERMAN, R. P. *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico*. Barcelona: Martínez Roca, 1993. [Edição original: *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press, 1988.]

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101: 141, 1944.

LONG, C. G.; MAKLE, E. & MONAGHAN, H. What happens when the hospital closes? Repatriation of chronic patients. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(4): 10-14, 1989.

LÓPEZ ALBA, G. Falsa izquierda, auténtica derecha. *TintaLibre*, 6: 15-16, 2013.

LORTIE, G. Mot de bienvenue. In: *Problématique de la Psychose*. Excerpta Medica Foundation: Colóquio Internacional sobre a psicose. Montreal: Pierre Doucet et Camille Lamur, 1969.

LOSSON, J. P. & PARRANTE, P. La désinstitutionnalisation psychiatrique au Québec. *L'Information Psychiatrique*, 10: 1.289, 1988.

MAIN, T. F. The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10: 66-70, 1946.

MALTZMAN, D. P. (Org.). *Apoyo Comunitario en Salud Mental: una guía para implementar programas comunitarios de salud mental en sociedades en desarrollo*. Montevideo: [s. n.], 1991. [Trans. of Community Support in Mental Health. Columbus: Ohio Department of Mental Health, 1988.]

MANNONI, M. *Le Psychiatre, Son "Fou" et la Psychanalyse*. Paris: Seuil, 1970. [Tradução em castelhano: *El Psiquiatra, su "Loco" y el Psicoanálisis*. México: Siglo XXI, 1976. *O Psiquiatra, seu "Louco" e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1970].

MARTÍN ZURRO, A. & CANO PÉREZ, J. F. *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma, 1987.

MARTÍ-TUSQUETS, J. L. & MURCIA GRAU, M. J. *Enfermedad Mental y Entorno Urbano: metodología e investigación*. Barcelona: Anthropos, 1988.

MARTINS, C. La psiquiatría en Brasil. In: MARIÁTEGUI, J. (Org.). *La Psiquiatría en América Latina*. Buenos Aires: Losada, 1989.

MAS, J.; DESVIAT, M. & CABRERA, C. Diferencia de morbilidad psiquiátrica entre gêneros. In: MAS, J. & TESORO, A. (Orgs.). *Mujer y Salud Mental: mitos y realidades*. Madrid: AEN, 1993.

MASSE, G.; PETITJEAN, F. & CAROLI, F. Le secteur de psychiatrie générale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, 37915 A10. Paris: Esvier, 1984.

MATUSEVICH, D. & PIECZANSKI, P. ¿Qué es la post-psiquiatría? Escenarios y encrucijadas de la psiquiatría actual. In: VASCHETTO, E. (Org.). *Epistemología y Psiquiatría: relaciones peligrosas*. Buenos Aires: Polemos, 2012.

MERCIER, C. Qualité de vie et qualité des services. *Santé Mentale au Québec*, XVIII (2): 9-20, 1993.

MIGNOT, J. Le Secteur. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*, 1961.

MINKOFF, K. & STERN, R. Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 36(8): 859-864, 1985.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA (MSC). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

MOREL, B. A. *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humaine*. Paris: J. B. Baillière, 1857.

MORENO, A. *et al.* Del manicomio a la incertidumbre o cómo acabar con 20 años de psiquiatría comunitaria en Leganés. *Norte de Salud Mental*, VII (31): 57-67, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Dialnet-DelManicomioALaIncertidumbreOComoAcabarCon20AnosDe-4830488.pdf>.

NAVARRO, V. *Lucha de Clases, Estado y Medicina*. México: Nueva Imagen, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). A atenção à saúde mental nos países em desenvolvimento. *Relatório Técnico 698*. Genebra, 1984.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS & OMS). *Sistemas Locales de Salud 2124*. Washington: OPS, 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPS & OMS). *Sistemas Locales de Salud 2048*. Washington: OPS, 1992.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*. Washington: Opas, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS & OMS). *Las Condiciones de Salud en las Américas*, 2(524): 59-78, 1990.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Strategic Orientations and Program Priorities, 1991-1994*. Washington: Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. *Boletim Informativo*, 3, 1992.

ORTIZ LOBO, A. *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Madrid: Grupo 5, 2013.

OURY J. Thérapeutique institutionnelle. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. 37930 G 10, 1972.

PAGÉ, J. C. *Les Fous Crient au Secours*. Montreal: Les Éditions du Jour, 1961.

- PEPPER, B.; KIRSHNER, M. C. & RYGLEWICZ, H. The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital & Community Psychiatry*, 32(7): 463-469, 1981.
- PARRATE, J. Psychiatrie bécoise en mutation. *L'Information Psychiatrique*, 8, 1991.
- PEREÑA, P. Valor del acto en la discapacidad. *Psiquiatría Pública*, 10(5): 275, 1998.
- PIEDINELLI, J. L. & BERTAGNE, P. Chronicités et chronicisation. *L'Information Psychiatrique*, 64 (1): 9-18, 1988.
- PINEL, P. *Tratado Médico-Filosófico de la Enagenación Mental o Manía*. Prólogo de Pedro Marset. Madri: Nieva, 1988. (Clásicos de la Psiquiatría). [Edição original: *Traité Médico-Philosophique sur L'aliénation Mentale ou la Manie*. 1. ed. Paris: Richard, Caille et Ravier, 1801.]
- PIRO, S. *Morte e Resurrezione della Psichiatria Alternativa Italiana*. In: ONNIS, L. & LO RUSSO, G. (Orgs.). *La Ragione Degli Altri: la psichiatria alternativa in Italia e nel mondo*. Savelli: Roma, 1979.
- PITTUCO, F. & ROTELLI, F. La empresa social en Trieste. *Psiquiatría Pública*, 6(1), 1994.
- PLAN DE REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS – 1986-1990. *Del Hospital al Área de Salud. Servicios de Salud Mental, Área 9*. 1. ed. Madrid: Comunidad de Madrid, 1991.
- PLAUT, R. Análises de riesgo, alcance y limitaciones para el administrador de salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 96(4), 1986.
- POSTEL, J. & QUÉTEL, C. *Historia de la Psiquiatría*. México: FCE, 1987.
- RAPOPORT, R. Normal crisis, family structure and mental health. *Family Process*, 2: 68-80, 1963.
- RACAMIER P. C. Entrevista de Racamier pelo sr. Reynaud. *Synapse*, 45, 1988.
- REBOLLEDO, S. & PASTOR, A. Programas y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3(4): 204-214, 1991a.
- REBOLLEDO, S. & PASTOR, A. Programa y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3(4), 1991b.
- REINO UNIDO. Ministério da Saúde. Mental Health Act, 29 jul. 1959. Determina que os doentes mentais sejam tratados do mesmo modo que os demais pacientes e estabelece distinção dentre os tratamentos hospitalares e as outras formas de tratamento de treinamento. Disponível em <www.legislation.gov.uk/ukpga/1959/72/pdfs/ukpga_19590072_en.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2014.
- RIVIÉRE, P. De la désinstitutionnalisation à la normalisation: une politique européenne. *L'Information Psychiatrique*, 5(67): 431-439, 1991.

ROBBINS, A. Salud pública en Estados Unidos: un sector perdido del complejo industrial sanitario. In: DUPLESSIS, P. *et al.* (Orgs.). *Salud Pública y Países Industrializados*. Barcelona, Madrid: Masson, Sespas, 1991.

ROJAS MARCOS, L. Mentally ill homeless taken off the streets. *The New York Times*. New York, 8 nov. 1987.

ROJAS MARCOS, L. Las calles de Nueva York. *El País*. Madrid, 13 maio 1989.

ROMAGNOLI, R. C. *et al.* Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30): 199-207, 2009.

ROME, M. & ESCHER, S. *Dando Sentido a las Vocês*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 2005.

ROSEN, G. *Locura y Sociedad*. Madrid: Alianza, 1974.

ROTELLI, F. *et al.* Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Orgs.). *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O. & MAURI, D. Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los ‘países avanzados’). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21): 166-187, 1987.

RUSSO, J. & SILVA FILHO, J. F. (Orgs.). *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

SABANDO, P. El reto de la sanidad europea. *Elite*, 6-7, 1992.

SARTRE J-P. *Crítica de la Razón Dialéctica Precedida de Cuestiones de Método*. v. 1. Buenos Aires: Losada, 1963.

SAVATER, F. *Invitación a la Ética*. Barcelona: Anagrama, 1995.

SEMASKO, N. *Health Protection in the URSS*. London: Gollancs, 1934.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL ÁREA 9. MEMÓRIA 1990. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LEGANÉS. Madrid: Imprenta Comunidad de Madrid, 1990.

SOTELO, J. M. Lineamientos generales de la reestructuración psiquiátrica en América Latina. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSIQUIATRIA, II, set. 1990, México.

STASTNY, P. & LEHMANN, P. (Orgs.). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlín: Peter Lehmann Publishing, 2007.

STROUL, B. A. Community Support Systems for Persons with long-term mental illness: a conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(3): 12-26, 1989.

- TALBOTT, J. A. Care of the chronically mentally ill – still a national disgrace. *American Journal of Psychiatry*, 136(5): 688-689, 1979a.
- TALBOTT, J. A. Desinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Hospital & Community Psychiatry*, 30: 621-624, 1979b.
- TALBOTT, J. A. The fate of the public psychiatric system. *Hospital & Community Psychiatry*, 36(1): 46-50, 1985.
- TANSELLA, M. & WILLIAMS, P. The Italian experience and its implications. *Psychological Medicine*, 17(02): 283-290, 1987.
- TECGLEN, H. E. La psiquiatría ante sí misma. *El País*. Madrid, 2 maio 1989.
- TERRIS, M. The Health System of the United States. In: SEMINÁRIO SOBRE ANÁLISE COMPARADA DOS SISTEMAS DE SAÚDE, II, 8 mar. 1991, Escola de Saúde, Madrid.
- THE NATIONAL HEALTH SERVICE. London, Her Majesty's Stationery Office (Command Paper), 1994.
- THOMASHOFF, H-O. & CARBONELL, C. *La Dignidad de las Personas a través de las Culturas*. Madrid: AMP, 2001.
- THUILLEAUX, M. *Connaissance de la Folie*. Paris: PUF, 1973.
- TOURAINÉ, A. *El País*. Madrid, 12 fev. 1998. n. 650.
- TUDOR HART, J. Dos caminos para los servicios de salud. In: FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES MARXISTAS. *La Ofensiva Neoliberal y la Sanidad Pública*. Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas, 1991.
- TYHURST, J. S. The role of transitional states – including disaster – in mental illness. In: WALTER REED ARMY INSTITUTE OF RESEARCH. *Symposium on Preventive And Social Psychiatry*. Washington: U. S. Government Printing Office, 1958.
- VALENCIANO GAYÁ, L. *El Doctor Lafora y su Época*. Madrid: Morata, 1977.
- VÁRIOS AUTORES. Conclusions du livre blanc de la psychiatrie française. *Evolution Psychiatrique*, 32(4): 919-938, 1967.
- VASCONCELOS, E. M. *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte: Segrac, 1992.
- VIVAS, D. & SÁNCHEZ, E. *Informe Delphi: el sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo*. Valencia: MCQ Ediciones, 1993.
- WATTS, F. N. & BENNETT, D. H. *Rehabilitación Psiquiátrica: teoría y práctica*. México: Limusa, 1990. [Versão original: *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons, 1983.]

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Expert Committee on Mental Health. *Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee*. 2nd impression. Geneva, 1953. (Technical Report Series, 42)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Work Group on the Future of Psychiatric Hospitals. *Summary Report*. Mannheim, 2-5 nov. 1976.

YUNES, J. El cambio de un sistema de salud pública: el caso del estado de São Paulo (Brasil). In: DUPLESSIS, P. (Org.). *Salud Pública y Países Industrializados*. Barcelona: Masson, 1991.

ZAGURY, D. Y. & CHAZAUD, J. Approche d'une nouvelle clinique du secteur. *L'Information Psychiatrique*, 62: 299-302, 1986.

ZILBOORG, G. & HENRY, G. W. *A History of Medical Psychology*. New York: Norton, 1941. In: FREEDMAN, A. M. Programas de salud mental en Estados Unidos: fundamentos idiosincrásicos. *Psiquiatría Pública*, 3(1): 47-56, 1991.

ZUSMAN, J. & LAMB, H. R. In defense of community mental health. *American Journal of Psychiatry*, 134: 887-890, 1977.

Outros títulos da Coleção Loucura & Civilização

O Antídoto do Mal:

crítica de arte e loucura na modernidade brasileira

Gustavo Henrique Dionisio, 2012

O Louco, a Rua, a Comunidade:

as relações da cidade com a loucura em situação de rua

Angela Maria Pagot, 2012

Rupturas e Encontros:

desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira

Silvio Yasui, 2010

Reforma Psiquiátrica:

as experiências francesa e italiana

Izabel C. Friche Passos, 2009

Esperança Equilibrista:

cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico

Bernadete Maria Dalmolin, 2006

Psiquiatria Institucional:

do hospício à reforma psiquiátrica

Mauricio Lougon, 2006

Itinerários da Loucura em Território Dogon

Denise Dias Barros. Coedição Casa das Áfricas, 2004

Depressão: clínica, crítica e ética

Orlando Coser, 2003

Arquivos da Loucura:

Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria

Vera Portocarrero, 2002

Os Delírios da Razão:

médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)

Magali Gouveia Engel, 2001

Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade

Paulo Amarante (Org.), 2000

Formato: 16 x 23 cm
Tipologia: AGaramond e Gill Sans MT
Papel: Pólen Bold 70g/m2 (miolo)
cartão supremo 250g/m2 (capa)
Impressão e acabamento: Imo's Gráfica e Editora Ltda.
Rio de Janeiro, dezembro de 2015

Não encontrando nossos títulos em livrarias,
contactar a Editora Fiocruz:
Av. Brasil, 4036 – 1o andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9007
www.fiocruz.br/editora
editora@fiocruz.br